

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1898 1899. — N° 131

ÉTUDE

SUR LES

Oblitérations des Artères des Membres

Consécutives à la Grippe

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JULES VALLERY

Né au Puy (Hante-Loire), le 1^{er} mai 1873



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-1899. — N° 181

ÉTUDE

SUR LES

Oblitérations des Artères des Membres

Consécutives à la Grippe

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JULES VALLERY

Né au Puy (Haute-Loire), le 1^{er} mai 1873



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.	{	FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale.	{	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	{	MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	{	CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	{	LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne.	{	RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	{	TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	{	MAVET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale	{	POLLOSSON (M.).
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique	{	LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROVENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements.	POLLOSSON. (A.)	—
Botanique.	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BERARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LÉPINE, Président ; M. LANNOIS, Assesseur ;
MM. COLLET et BOYER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

INTRODUCTION

Au moment des premières épidémies, la grippe, soit qu'elle fût encore mal connue, soit qu'elle fût plus bénigne, passait pour une maladie dont il ne fallait guère s'inquiéter et pour laquelle on allait presque jusqu'au mépris. « C'est, disait Broussais, une invention des gens sans le sou et des médecins sans clients qui, n'ayant rien de mieux à faire, se sont amusés à créer ce farfadet ». N'arrive-t-il pas encore de nos jours, que des médecins, devant un état fébrile mal défini, avec diagnostic plus ou moins certain, puissent prononcer devant le malade le mot de grippe, pour ainsi dire comme parole de consolation. Sans vouloir en faire un mal irrémédiable, on sait aujourd'hui, qu'il faut considérer la grippe comme une maladie infectieuse, au même titre que la fièvre typhoïde, la rougeole, la scarlatine, etc., et placée dans ce cadre, elle devient redoutable par elle-même, et surtout par ses complications.

En lisant les comptes rendus des différentes épidémies de grippe, on est frappé de la multiplicité de for-

mes que peuvent revêtir les complications de cette maladie : complications broncho-pulmonaires chez des sujets âgés ou atteints déjà de lésions pulmonaires et ce ne sont, par les moins redoutables ; complications du côté du tube digestif ; complications du côté des organes des sens, mastoïdites, otites, blépharites, kératites, amaurose, et surtout du côté de l'appareil circulatoire : myocardites, endocardites, phlébites et artérites.

Ce sont ces dernières que, sous l'inspiration de M. le docteur Lyonnet, médecin des Hôpitaux, nous avons prises pour sujet de notre thèse inaugurale. Nous n'apporterons à notre travail, qu'une observation personnelle — les oblitérations artérielles, suite de grippe, étant, en somme, une complication rare, — mais ce cas nous a frappé non seulement par sa gravité, mais encore parce qu'il intéresse de la façon la plus proche un de nos collègues et notre ami.

Nous n'avons pas du reste la prétention de faire un travail tout à fait nouveau, car cette question a été souvent esquissée, mais nous nous sommes efforcé de rassembler bon nombre d'observations des plus caractéristiques. Nous nous sommes inspiré de la plupart des travaux parus jusqu'à ce jour, et nous avons tendu tous nos efforts pour essayer de faire un travail d'ensemble.

Dans un premier chapitre nous exposerons l'histoire de la question.

Le deuxième sera consacré à l'étiologie, la pathogénie et l'anatomie pathologique.

Le troisième sera réservé à la symptomatologie.

Nous étudierons, dans un quatrième chapitre, la marche et le pronostic de l'affection.

Dans le cinquième, nous exposerons les éléments du diagnostic.

Le traitement fera l'objet du sixième chapitre.

Enfin nous donnerons nos observations et nos conclusions.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous ne saurions manquer de remercier tous les maîtres qui nous ont guidé de leur science et de leurs conseils.

Que M. le professeur Lépine soit assuré de toute notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous n'oublierons jamais l'accueil bienveillant et amical que nous avons trouvé auprès de M. le Dr Lyonnet, médecin des Hôpitaux. C'est grâce à l'aide et aux conseils dont il est prodigue que nous avons pu mener à bien notre travail. Nous conserverons de lui le plus agréable souvenir.

Nous tenons également à exprimer toute notre gratitude à M. le professeur Bouveret, dans le service duquel nous avons puisé un si précieux enseignement dans ses visites au lit du malade. Que M. le Dr Chappet, médecin des Hôpitaux de Lyon, et le Dr Duchamp, chirurgien de l'hôpital de Saint-Etienne, dans les services desquels nous avons eu l'honneur de passer quelques semaines, reçoivent l'expression de notre reconnaissance pour leur bienveillance à notre égard.

Enfin, nous tenons à remercier encore MM. Jabou-

lay, Gangolphe, Vinay, Weill, pour les précieux conseils que nous avons chaque jour retirés de leur enseignement.

A tous nos amis dont l'affection ne nous a jamais manqué et a été pour nous si précieuse, nous demandons de nous conserver les sentiments qui nous ont toujours unis. Qu'ils soient assurés de notre inaltérable amitié.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La connaissance de la gangrène au cours des maladies infectieuses ne remonte pas très haut dans l'histoire de la médecine. Quand Bourgeois, d'Etampes, le premier, en 1853, signala les deux premières observations de gangrène à la suite de la fièvre typhoïde, cette complication, jusqu'alors inconnue, donna lieu à de nombreuses protestations. Le professeur Besnier voulut n'y voir qu'une artérite aiguë spontanée sans aucun rapport avec la fièvre typhoïde. Mais l'idée de Bourgeois ne devait pas rester stérile, et si, tout d'abord, on ne voulut pas admettre cette coïncidence, c'est que l'esprit humain, cherchant toujours à associer une cause à un effet, comme on ne voyait pas encore la cause, on niait l'effet.

Cependant d'autres observations parurent et se multiplièrent, et quand Eberth, en 1880, eut fait connaître au monde médical le bacille typhique spécifique, les expérimentateurs se mirent à l'œuvre, et

démontrèrent que, par lui même ou par les toxines qu'ils secrète, ce bacille pouvait envahir toute l'économie et occasionner des complications sur les différents appareils.

L'étude de la microbiologie fit, dans la suite, découvrir pour nombre de maladies générales fébriles, des microbes pathogènes, et si certaines d'entre elles ne sont pas encore dotées de leur bacille, la ressemblance de quelques symptômes n'en fait pas moins conclure, par induction, qu'un micro-organisme est la cause du mal.

Pour beaucoup de ces affections, on avait déjà signalé des complications gangréneuses. Brouardel, dès 1874, dans les *Archives générales de Médecine*, publiait un article sur la gangrène dans la variole. Hayem, Desnos et Huchard ont signalé des cas semblables. Simpson retrouvait ces mêmes accidents dans la fièvre puerpérale ; Lanceraux et Gueneau de Mussy dans la malaria et le rhumatisme ; H. Martin dans la diphtérie ; Virchow dans la tuberculose ; Davis, Henry, Martin-Dürr dans le choléra ; Schmitt dans l'érysipèle de la face, etc. Il n'est pas jusqu'à la dysentérie et l'appendicite suppurée où Cambay et Leyden n'aient signalé de pareilles complications.

Le monde scientifique étant ainsi préparé, les premières observations de gangrène à la suite de grippe, si elles ne surprirent pas, n'en parurent pas moins intéressantes.

Elles furent l'objet de discussions à la Société des Médecins de la Charité, à Berlin, le 23 janvier 1890, et à la Société Nationale de Médecine de Lyon, le 23

avril de la même année, à propos d'une observation de M. le Docteur Loison (1).

Leyden et Guttman (2), dans leur compte rendu de l'influenza en Allemagne, signalent huit observations de gangrène des membres d'origine grippale.

En 1891, M. Duchesneau (3), interne de M. le professeur Poncet, et à propos d'une observation de son service, fait, à l'instigation de son maître, un mémoire où il établit nettement la coïncidence de la gangrène et de la grippe.

Une nouvelle discussion surgit à Paris, en juin 1892, à la Société Médicale des Hôpitaux, à la suite d'une observation de M. Rendu.

A peu près à la même époque, Johanssen en Russie, Eicchorst, en Suisse, Sydenham, de Dulverton, Gould et Faure-Miller en Angleterre, Cathomas et Drasche en Allemagne publient des observations suggestives.

Mornet (4), en 1892, dans sa thèse inaugurale faite sous l'inspiration du professeur Teissier, relate quelques cas nouveaux et tente de faire une pathogénie complète de l'affection.

Enfin, d'autres observations remarquables de MM le professeur agrégé Jaboulay et de M. Annequin (5), en 1895, de Cœur, d'Orléans (6), apportent à l'étude de

(1) LOISON. — *Lyon Médical*, 1890.

(2) GUTTMANN et LEYDEN. — *Die Influenza epidemie*, Berlin 1890.

(3) DUCHESNEAU. — Sur la gangrène des extrémités dans la grippe.

(4) MORNET. — Gangrène des extrémités dans la grippe. (Th. de Lyon 1892).

(5) ANNEQUIN. — *Dauphiné Médical*, avril 1895.

(6) COEUR (d'Orléans). — *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpit.*, 1895.

cette complication des documents plus complets.

Une remarque est à faire : c'est qu'aucun cas n'a été publié avant la grande épidémie de grippe de 1889-1890. N'y en aurait-il pas eu, ou auraient-ils été inaperçus et classés sous la rubrique de gangrènes, dites spontanées, dont le dénombrement se fait de jour en jour plus restreint, à mesure que la clinique et l'expérimentation font plus de progrès ?

Il est possible aussi que l'influenza ait eu pendant cette épidémie une violence et une malignité qu'on ne lui connaissait pas jusqu'alors, et que, sur des organismes trop affaiblis, elle ait donné lieu à des complications plus graves.

CHAPITRE II

Etiologie. — Pathogénie. — Anatomie pathologique.

Si nous essayons de rechercher, dans le groupe de nos observations, les différents facteurs étiologiques de l'affection qui nous occupe, nous voyons que le sexe joue évidemment un certain rôle. Duchesneau, tablant sur les dix cas qu'il rapporte, est frappé de ce fait, que l'oblitération artérielle, d'origine grip-pale, serait exclusivement l'apanage du sexe masculin. Toutes ses observations ont trait à des hommes. Cet exclusivisme est loin d'être d'accord avec la réalité : la femme ne serait pas aussi indemne de cette complication. Sur vingt observations complètes, nous trouvons, en effet, cinq femmes et quinze hommes, exactement une proportion de 1 à 3.

L'âge intervient aussi pour une bonne part. Les malades de MM. Loison et Annequin, avaient 21 ans. Nous en trouvons deux de 37 ans ; quatre de 40 à 50 ans ; et neuf ont dépassé la cinquantaine. C'est donc une complication, sinon de la vieillesse, du moins de l'âge mûr.

Les antécédents héréditaires ne nous sont pas connus et ne doivent avoir qu'une valeur relative,

mais les antécédents personnels ne sont pas sans importance. Bien que presque tous nos malades aient joui, jusqu'à leur attaque d'influenza, d'une santé plus ou moins florissante, leur âge seul indique qu'ils ne doivent plus avoir des artères jeunes et élastiques; quelques-uns sont nettement artérioscléreux et alcooliques (Obs. VIII, XIX): Le malade de l'observation V était syphilitique et souffrait périodiquement de faiblesse dans les membres inférieurs, surtout après des excès de table ou de coït. Celui de M. le professeur Poncet (Obs. III), avait eu des attaques de rhumatisme. La malade de l'observation XII était légèrement chlorotique. Ne sont-ce pas là autant de causes mettant le système artériel en état de moindre résistance et favorisant le développement d'une thrombose infectieuse?

Comme lésions cardiaques, le malade de Leyden présenta, à l'autopsie, un peu de sclérose de l'aorte, ne s'étant manifestée par aucun signe pendant la vie (Obs. IX).

Celui de Duchesneau (Obs. III) avait un cœur sans souffle, mais, irrégulier, arythmique et tellement faible qu'on ne percevait pas les battements de la pointe.

Dans deux cas (Obs. IV, XVII), l'analyse des urines a démontré la présence du sucre, mais cette glycosurie a été transitoire. Quatre fois, on a trouvé de l'albuminurie par néphrite grippale ou d'origine fébrile. Pas de symptômes de mal de Bright.

Si la grippe a bien été, dans tous les cas, l'agent provocateur de l'oblitération artérielle et de la gan-

grène, la question du terrain a dû aider considérablement à leur développement. Les maladies antérieures, la gravité de l'attaque de grippe mettant l'état général en état de déchéance, le rôle des microbes dans le sang, les lésions cardiaques antérieures ou récentes, dues à l'infection grippale, sont tout autant d'éléments préparant l'organisme à toute complication artérielle, thrombus ou embolie.

Comme causes physiques déterminantes, le début de l'affection a coïncidé avec un effort de toux (Obs. VI). Dans l'observation XII, c'est une jeune convalescente qui, pendant l'ascension d'une colline, se sent subitement prise de douleurs violentes qui l'arrêtent.

Le rôle du traumatisme paraît plus nettement établi. Thérèse (1), Crocq fils (2), Pernice (3) ont pu expérimentalement reproduire des artérites, en lésant, à l'aide d'un stylet, la paroi interne d'une artère.

PATHOGÉNIE

Nous arrivons maintenant à une des parties les plus délicates de notre travail : la pathogénie de ces oblitérations artérielles survenant au cours de la grippe.

Deux explications ont été données par les différents auteurs, les uns admettant qu'il s'agit d'inflammation des parois artérielles, d'une artérite infectieuse, les autres, admettant qu'il s'agit d'une

(1) THÉRÈSE. — Etude anat. pathol. et expérimentale des artérites infectieuses. Thèse de Paris 1893.

(2) CROCQ fils. — Contribution à l'étude expérimentale des artérites infectieuses. Thèse de Paris, 1892.

(3) PERNICE. — Ricerche intorno alla etiologia del l'artérite. Palermo 1890.

embolie partie du cœur et qui irait arrêter la circulation dans une artère périphérique.

Il est infiniment probable que ces deux explications sont également vraies l'une et l'autre, et que ce double mécanisme puisse réellement exister. Nous verrons, du reste, dans le chapitre de la symptomatologie, que l'on peut relativement, sans difficultés, reconnaître la cause de l'oblitération vasculaire. Aussi, serons-nous tout à fait éclectique, et admettrons-nous les deux pathogénies que nous venons de signaler.

A.) *L'oblitération est due à une artérite.* — On sait que le sang, même dans les maladies infectieuses, est un milieu dépourvu de microbes. Pourtant, lorsqu'il s'agit d'infections intenses généralisées, les micro-organismes peuvent envahir le torrent circulatoire et enflammer alors les tuniques artérielles. Expérimentalement, un grand nombre d'auteurs ont pu reproduire des artérites infectieuses. C'est ainsi que Gilbert et Lion (1), Crocq fils, ont produit des lésions d'artérite aiguë avec le bacille d'Eberth, et il semble, en effet, que, dans un certain nombre de maladies, les lésions artérielles sont immédiatement causées par une inflammation d'origine microbienne.

Il est pourtant des cas où il ne se fait pas de généralisation microbienne et où l'on a cependant des artérites. C'est ainsi que dans la diphtérie, M. H. Martin a, le premier, décrit des endartérites

(1) GILBERT et LION. — Artérites infectieuses expérimentales (*Bull. Soc. Biologie*, 1889).

oblitérantes. Dans ces cas là, il est infiniment probable qu'il s'agit, non pas de la pullulation de l'agent infectieux lui-même, mais bien d'une intoxication par les produits de sécrétion microbienne. La lésion ne serait pas directement infectieuse, elle serait, en somme, toxique.

Pour la grippe, on le sait, l'agent infectieux n'est point encore absolument connu et le microbe trouvé par Pfeiffer dans le sang des grippés n'est point encore démontré, sans conteste, pour être l'agent causal de la grippe. Il n'y a pas eu, du reste, dans ces cas, d'oblitération artérielle dont nous avons parlé, de cultures faites avec le sang. On ne peut donc pas, en somme, conclure d'une manière définitive. Ce qui semble évident, c'est que ces lésions artérielles de la grippe, qu'elles soient dûes directement à un microbe ou bien à ses toxines, sont favorisées par l'état antérieur des vaisseaux. Les altérations vasculaires, qu'elles soient dues à l'âge, aux maladies antérieures, sont une cause prédisposante énorme pour des lésions plus aiguës et d'origine infectieuse.

Il est certain aussi qu'un traumatisme des parois artérielles peut également être une cause importante. C'est ainsi que Gilbert et Lion, dans les expériences que nous avons citées, ont pu reproduire une artérite typhique, après avoir traumatisé le vaisseau.

Quant à savoir la raison des oblitérations plus fréquentes aux membres inférieurs, on se heurte à une grosse difficulté. C'est simplement un fait d'observa-

tion et sur lequel nous ne pouvons pas insister. Il est probable qu'à l'état normal, la circulation, dans ces vaisseaux, se fait moins activement, d'où prédisposition à l'inflammation. La paroi malade va provoquer la thrombose par un mécanisme qui est encore loin d'être complètement élucidé. Les uns, en effet, admettent que la membrane interne agit simplement lorsqu'elle est enflammée; en empêchant le glissement du sang; d'autres prétendent qu'il faut un état spécial du sang, le rendant plus facilement coagulable, mais nous ne nous arrêterons pas dans ces discussions qui sortent du cadre de notre étude.

Quoi qu'il en soit, il paraît indiscutable que, dans un grand nombre de gangrènes des membres consécutives à la grippe; il s'est agi de véritables artérites aiguës ayant amené la thrombose. Ce sont ces cas où l'oblitération s'est faite lentement, où elle a été précédée de quelques phénomènes d'engourdissement, de refroidissement du membre. Ce sont aussi ces cas, comme celui rapporté dans notre observation XX, où il y a eu à la fois oblitération artérielle et oblitération veineuse. Il paraît évident, dans ces cas-là, qu'il faut admettre le même processus pour la paroi artérielle et la paroi veineuse. Il semblerait, en effet, absolument illogique d'admettre, sur le même sujet, et souvent en même temps, une altération des parois veineuses d'un côté et une oblitération artérielle d'origine embolique d'un autre. Il est certain que si la phlébite est primitive, on pourrait, à la rigueur, comprendre une embolie partie de la veine oblitérée et allant amener soit des accidents cardiaques, soit

des infarctus pulmonaires. Mais, on ne peut admettre facilement qu'une embolie, partie d'une veine périphérique, puisse traverser le poumon pour aller dans la fémorale, par exemple.

Nous croyons donc, en résumé, que dans certains cas, les oblitérations des artères des membres, consécutives à la grippe, sont dues à des artérites infectieuses ou toxiques. C'est surtout dans les formes graves, à infection rapidement généralisée, que l'on observe ces lésions artérielles. Dans ces cas là, presque toujours il s'agit de phénomènes apparaissant plus ou moins lentement et pouvant être passagers (artérites pariétales).

B. — *L'oblitération est due à une embolie.* — Les explications que nous venons de donner, malgré leur apparente simplicité, ne sont point applicables à tous les cas. Nous verrons, en effet, des malades ayant présenté des troubles cardiaques plus ou moins marqués, prendre subitement dans une de leurs jambes, par exemple, une douleur excessivement aiguë avec des symptômes immédiats d'oblitération artérielle. On est forcé, pour ainsi dire, de reconnaître, dans ces cas, qu'il s'est agi d'un embolus parti du cœur gauche pour traverser les artères de gros volume et qui est venue s'arrêter dans une des artères moins considérables du bras ou de la jambe.

Dans ces cas-là, la brusquerie du début est un signe capital ; mais, d'autre part, l'état du cœur et de l'aorte sont des faits importants à relever. Parfois, c'est très antérieurement que le cœur est lésé ; il

s'agit, par exemple, d'une ancienne endocardite ou bien d'une dégénérescence de la fibre cardiaque, d'une myocardite ; d'autres fois, il semble qu'il se soit agi d'une véritable endocardite ou myocardite d'origine grippale. Dans certains cas, c'est à la suite d'un effort, d'un mouvement brusque, d'une crise de palpitations, d'un accès de toux, que l'embolie va se détacher.

Signalons, enfin, ce fait qui a une grosse importance; c'est qu'on peut observer concurremment avec l'oblitération d'une artère d'un membre, des embolies indiscutables soit dans le poumon, soit dans d'autres organes. Une fois l'embolus arrêté dans une artère d'un membre le processus se passe exactement comme si l'on avait fait une ligature artérielle. Nous n'entrerons pas là dans ces détails, dont nous aurons à parler au chapitre de l'anatomie pathologique.

Quoiqu'il en soit, il paraît indiscutable qu'à côté de ces oblitérations artérielles dues à une artérite, il en est d'autres dues à des embolies.

Les premières se verraient surtout chez ceux qui ont des vaisseaux déjà malades, qui ont une affection intense. Chez eux le début est souvent légèrement progressif.

Chez d'autres qui ont soit une cardiopathie antérieure, soit une localisation de la grippe sur le cœur, on voit se produire une oblitération d'origine embolique. Chez ceux-là, le début est ordinairement d'une brusquerie effrayante; pour eux, comme nous le verrons, le pronostic est souvent plus grave. En effet,

cette endartérite grippale peut, à la rigueur, disparaître ou rester une lésion absolument isolée. Quand il s'agit, au contraire, d'une oblitération consécutive à une embolie, on peut toujours craindre la formation d'autres embolies et redouter, d'autre part, que le trouble cardiaque habituel ne vienne à s'augmenter et que l'asystolie ne soit proche.

Il serait beaucoup plus séduisant de reconnaître un mécanisme univoque, mais nous ne croyons pas qu'on puisse généraliser une des pathogénies que nous venons de donner et, jusqu'à de nouvelles recherches, nous croyons pouvoir dire que les oblitérations des artères des membres dans la grippe sont dues, tantôt à des endartérites, tantôt à des embolies. Il nous paraît absolument impossible de rejeter l'une ou l'autre de ces explications. Par conséquent, nous avons cru bon de les conserver intégralement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les lésions anatomiques de l'oblitération artérielle dans la grippe n'ont pas de caractères spécifiques qui doivent nous arrêter. Ce sont les lésions banales des artérites aiguës infectieuses qu'on rencontre dans la fièvre typhoïde, la scarlatine, la variole, l'érysipèle, etc. Nous ne ferons donc que retracer les caractères propres aux artérites aiguës en général, telles qu'elles ont été décrites par MM. Cornil, Ranvier, Renaut, Thérèse, Croq fils, Pernice et tous les anatomo-pathologistes.

L'aspect que présentent les artères enflammées

n'est pas identiquement le même dans les troncs volumineux comme l'aorte et dans les vaisseaux de moindre calibre.

Sur l'aorte, on note un aspect irrégulier, bosselé de la membrane interne qui a perdu son état lisse, son éclat et sa couleur blanchâtre. Ces parties saillantes forment des plaques plus ou moins arrondies, variant de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de deux francs. Ces plaques gélatiniformes sont d'autant moins opaques et d'autant plus molles qu'elles sont plus récentes. Elles demeurent habituellement lisses et donnent rarement insertion à des caillots fibrineux.

Mais les aortites étant distraites du sujet de notre travail, leurs caractères anatomiques ne nous arrêteront pas.

Sur les artères de moyen calibre, l'aspect des lésions varie suivant le stade auquel on les observe. Ce qu'on constate au début, c'est un épaississement localisé de la tunique interne qui est soulevée, bourgeonnante soit sur un point seulement, soit sur tout son pourtour. L'endothélium, d'abord tuméfié, granuleux, ne tarde pas, en général, à desquamer, tandis qu'on peut le trouver en voie de prolifération autour du point dénudé.

Au-dessous de la couche endothéliale, la tunique interne se trouve infiltrée par de nombreuses cellules, serrées et disposées sur plusieurs couches parallèles dans la partie qui avoisine la lumière du vaisseau, moins abondantes et orientées en divers sens dans les parties plus externes.

Quand le processus inflammatoire est plus accentué, la tunique moyenne est atteinte à son tour, quoique beaucoup plus légèrement.

Quant à la tunique externe l'importance et jusqu'à l'existence même de ses lésions ont été très discutées. Niées par certains auteurs, Brault (1), Croq fils, elles sont considérées par d'autres, Thérèse, Vaquez, Koester et Martin comme précédant et commandant celles des autres tuniques et l'endartérite serait consécutive aux troubles trophiques résultant de l'altération des *vasa vasorum*.

Poursain (2) dit que les artères se décomposent bien histologiquement en trois tuniques, mais elles forment cependant un tout physiologique et le processus inflammatoire envahit également et simultanément toutes les tuniques artérielles.

Quoiqu'il en soit, il se forme, la plupart du temps, un caillot sur la partie altérée de l'endartère adhérent à la paroi. Il se compose d'un fin réseau fibreux enserrant des globules blancs et des hémato-blastes agglutinés par une matière amorphe et granuleuse. Ce caillot, en cas d'artérite très localisée (artérites pariétales), peut parfois rester assez petit pour ne pas oblitérer l'artère et s'émietter ou être résorbé par la paroi, en ne donnant lieu qu'à des troubles transitoires que nous décrirons dans le chapitre de la symptomatologie.

Mais, ordinairement, les choses ne rentrent pas

(1) BRAULT. — Les artérites, leur rôle en pathologie (Paris, 1896).

(2) POURSAIN. — Les artérites infectieuses. — Essai de nosographie (Thèse de Paris, 1894).

dans l'ordre et à ce caillot primitif (caillot autochtone de Virchow) vient s'adjoindre un caillot secondaire complétant l'oblitération. Du même coup son étendue en longueur augmente considérablement, car le sang, immobilisé brusquement par l'obstruction artérielle, se prend en masse au contact de la coagulation primitive. Cette coagulation s'étend généralement en amont jusqu'à la première collatérale. Son adhérence à la paroi est tout d'abord très faible et elle n'est guère solide au début que par sa continuité avec le caillot primitif.

L'évolution ultérieure du caillot est celle de tout thrombus. Elle a fait l'objet d'une étude complète de la part de MM. Cornil et Marie au Congrès de Nancy 1896. Nous ne nous y arrêterons pas.

Quand l'oblitération artérielle est due à une embolie, que l'embolie soit un caillot fibrineux, un débris de végétations ou de valvules, un fragment de plaques calcaires, l'endothélium s'altère au niveau du point d'arrêt de l'embolus et il se produit bientôt des lésions d'endartérite, puis de méso et de périartérite. Les résultats arrivent à être les mêmes que dans l'artérite primitive. La seule différence consiste en ce fait que, dans un cas, l'endartérite précède le caillot, tandis que, dans l'autre, elle lui succède, mais les diverses transformations que peut subir le caillot sont toujours semblables.

Quant aux phénomènes qui se passent en amont et en aval du point où s'est arrêté l'embolus, ils ne diffèrent pas de ceux qui s'observent dans la thrombose. En amont, il se forme un caillot secondaire

jusqu'à la première collatérale. En aval, il se produit également un caillot secondaire, et lorsque la circulation supplémentaire n'a pu s'établir et que la survie est possible, on voit s'établir la gangrène tout comme dans la thrombose artérielle.

Nous verrons que le diagnostic de ces deux formes d'oblitération consiste surtout dans le début d'une brusquerie foudroyante dans l'embolie, donnant lieu, au contraire, dans la thrombose, à des phénomènes initiaux plus lents et moins soudains.

CHAPITRE III

Etude clinique. — Symptomatologie

La symptomatologie serait trop vaste et trop vague s'il fallait décrire tous les accidents imputables aux complications artérielles consécutives à la grippe, depuis le purpura infectieux des petits vaisseaux jusqu'aux aortites ou aux myocardites qui se relient aux lésions infectieuses de l'aorte ou du myocarde.

Pour nous en tenir aux limites mêmes de notre travail, nous nous bornerons à l'étude des symptômes relevant de l'affection des artères des membres, c'est-à-dire des artères de moyen calibre.

Pour nous faire une idée du siège de ces artérites, nous voyons, par la statistique de nos observations, que les membres inférieurs sont le plus souvent intéressés: 21 cas sur 7, exactement 3 : 1. Si on considère les cas où un seul des membres inférieurs est atteint, on note une grande prédominance pour le membre inférieur droit, 7 fois sur 4. Ce rapport sera certainement bien inférieur à celui que donnent la

plupart des auteurs, Duchesneau, Mornet, Annequin, pour lesquels le membre droit serait presque exclusivement atteint. En parcourant nos observations, on peut voir que, dans les autres cas, l'affection a été symétrique chez cinq malades, mais que, dans trois autres cas, tout en atteignant les deux membres, les symptômes ont été beaucoup plus marqués et plus graves, deux fois à droite et une fois à gauche.

Les membres supérieurs sont loin d'être indemnes d'accidents gangréneux; la proportion serait la même pour les deux bras, trois fois le membre supérieur droit, et trois fois le gauche. Il y a eu une fois gangrène des doigts et une fois des orteils.

Si, maintenant, nous essayons de nous rendre compte du moment où éclatent les accidents, nous voyons que, de même que les thromboses veineuses, les thromboses artérielles et les lésions gangréneuses qui en sont la conséquence, apparaissent presque toujours dans le cours ou plutôt pendant la convalescence de la grippe. Exception faite du malade de Sydenham de Dulverton chez lequel la gangrène apparut après deux jours d'infection et entraîna la mort en quarante-huit heures, tous les autres ont été atteints, quand, toutefois, il n'y a pas eu de complication pulmonaire ou rénale, pendant la convalescence, l'un après deux jours de guérison apparente, les autres 5, 11, 12, 15, 20 jours et même 2 mois après.

Symptômes initiaux. — Le symptôme le premier en date est la douleur. Soit à l'occasion d'un mouve-

ment, ascension d'une colliné (Obs. XII), soit dans les premières tentatives faites pour se lever (Obs. IX), soit à l'occasion d'un accès de toux (Obs. VI), soit même au repos, un grippé ressent dans un membre une douleur profonde suivant le trajet d'une grosse artère. Les modalités de cette douleur sont nombreuses et tout fait supposer qu'elles sont en rapport avec une cause pathogénique différente.

Tantôt elle surprend par sa soudaineté, sa violence dès le début: c'est une sensation de brûlure, une douleur en « coup de fouet », arrêtant subitement un convalescent dans sa promenade et lui arrachant des cris. Ce début foudroyant coïnciderait avec l'arrivée d'une embolie oblitérant tout d'un coup un vaisseau.

Tantôt le malade accuse une sensation de fourmillement, de crampes, de picotement, d'engourdissement du membre. Le malade constate qu'il a la jambe ou le bras engourdis, la marche est difficile, sinon douloureuse. C'est une sensation pénible, il est vrai, mais la douleur est loin d'être intolérable, comme dans le cas précédent. On a sans doute à faire ici à un thrombus n'oblitérant que partiellement la lumière de l'artère. Les douleurs pourront, d'ailleurs, devenir très vives par la suite, quand ce thrombus aura rendu la circulation impossible, mais dès le début cette différence de sensation pourra éclairer sur la pathogénie de l'oblitération.

Cette douleur a une topographie assez bien en rapport avec le siège de la lésion; elle commence, avec un foyer maximum au niveau même de l'em-

bolie ou du thrombus, et s'irradie en aval jusqu'à l'extrémité du membre. La douleur est spontanée, mais s'exagère par les mouvements, la station debout, la marche et la pression surtout. La malaxation des masses musculaires n'éveille souvent pas la moindre douleur, tandis que la pression localisée en certains points lui imprime une recrudescence. Il y a, comme dans la sciatique, des lieux d'élection répondant au trajet même des artères; ce sont le milieu de la région poplitée, la partie postérieure du ligament interosseux tibio-péronier, la partie postérieure de la malléole interne pour la poplitée et la tibiale postérieure qui sont les plus fréquemment atteintes; la partie moyenne et interne du bras pour l'humérale.

La pression est plus douloureuse encore quand toutes les tuniques artérielles sont lésées et quand il existe de la péri-artérite, c'est alors surtout qu'on peut sentir un cordon dur, volumineux et roulant sous le doigt. Les battements artériels sont notablement affaiblis ou complètement supprimés s'il s'agit d'une embolie. Il arriverait, cependant, quelquefois (Barié et Gendrin), que cette abolition de pulsations serait remplacée, durant quelques jours, par une exagération de l'amplitude artérielle, « comme si le vaisseau avait perdu de sa tonicité ».

A ce moment survient tout le cortège des troubles circulatoires. Tout le membre est le siège d'un véritable gonflement. Ce n'est point un œdème comparable à celui de la *phlegmatia alba dolens*, c'est une sorte de tuméfaction, avec conservation parfaite des

formes. L'œdème vrai s'observerait cependant quand il y a concomitance de phlébite et d'artérite.

Dans tout le segment privé d'afflux sanguin, les téguments sont blanchâtres, cireux, marbrés de plaques cyanotiques et souvent recouverts d'une sudation abondante au niveau des orteils et du pied.

La température locale est considérablement abaissée, inférieure quelquefois de 6° à celle du membre sain.

La sensibilité est très émoussée, les piqûres superficielles ne sont pas perçues : c'est un contraste caractéristique entre l'hypoesthésie superficielle et la douleur profonde.

Symptômes consécutifs.—La circulation étant supprimée dans l'artère principale d'un membre, quelle va être la destinée de ce dernier ? Dans les cas les plus favorables il se produit une circulation collatérale suffisante pour irriguer le segment voué à la nécrobiose et tout peut rentrer dans l'ordre. Les téguments reprennent leur chaleur et leur vie, mais ces cas ne sont malheureusement que de rares exceptions.

Il peut aussi survenir des rémissions trompeuses. Eichhorst et Mornet ont rapporté chacun un cas d'artérite dans lequel les accidents présentèrent des allures intermittentes. Un jour, le membre était insensible et froid, les battements de l'artère ne se percevaient plus ; le lendemain se produisait une amélioration évidente, le membre se réchauffait, la sensibilité au toucher réapparaissait, les pulsations artérielles se sentaient nettement.

Mais cette amélioration durait peu, bientôt l'affection reprenait sa marche vers le sphacèle. Mornet attribue cette amélioration éphémère à la condensation, à la rétraction du thrombus permettant de nouveau le passage du sang, jusqu'au moment prochain où, par suite d'un nouveau dépôt de fibrine, l'artère est mieux oblitérée que jamais.

Mais, habituellement, les choses ne se passent pas ainsi, la circulation collatérale ne s'établit pas ou est impuissante à suppléer la circulation principale et le sphacèle s'établit avec les caractères du sphacèle sec.

La douleur devient de plus en plus vive, parfois intolérable, attestant la résistance des nerfs à la destruction, et persistant généralement tant que la gangrène est envahissante. C'est une sensation de brûlure, de morsure, de broiement, s'exagérant par crises, se réveillant au moindre contact, à chaque pansement. En même temps, les téguments se recouvrent de plaques violacées devenant peu à peu confluentes, brunâtres, et finalement, noires. La peau ne glisse plus sur les parties sous-jacentes, elle se ratatine, se racornit, donnant à la percussion le son du bois, et, comme elle, les autres parties diminuent de volume. Souvent les doigts ou les orteils se rétractent; quelquefois, cependant, on voit persister assez longtemps une certaine souplesse des tissus, permettant au malade de mouvoir des doigts ou des orteils complètement mortifiés. L'odeur est nulle en l'absence d'infection putride surajoutée.

Une fois la gangrène déclarée, suivant qu'une circulation suffisante a pu, ou non, se rétablir, elle se localise au bout d'un temps qui varie entre quinze jours et un mois, ou, au contraire, elle tend constamment à s'étendre. En général, la gangrène sèche a peu de tendance à se généraliser. Lorsqu'elle se localise, il se forme, à la limite des parties mortifiées et des parties saines, un *sillon d'élimination* à bords irréguliers, limité du côté sain par des bourgeons charnus.

Le niveau de la mortification des parties superficielles ne serait pas toujours analogue à celui des parties profondes. Ainsi dans l'observation II, après l'amputation de la cuisse au $\frac{1}{3}$ inférieur, les jumeaux présentaient leur aspect normal à la région poplitée, et il fallait aller jusqu'à leur insertion sur le tendon d'Achille pour les trouver noirâtres et réduits en bouillie.

Quand, au contraire, la gangrène prend un caractère constamment ascendant, elle peut amener le sphacèle du membre en totalité.

Si la veine est atteinte en même temps ou successivement, la gangrène prend alors les caractères de la gangrène humide qui ne diffère, en somme, de la précédente, que par la production d'un œdème qui subit les fermentations putrides.

La symptomatologie que nous venons d'étudier est celle de l'oblitération artérielle complète. Quand un thrombus pariétal permet encore une circulation relative, les phénomènes, tout en ayant de grandes ressemblances, sont loin d'être aussi accentués, la

douleur est bien moins aiguë et remplacée par une sensation de crampes et de fourmillements ; les battements artériels sont légèrement perceptibles la phase ischiémique se trouve précédée de manifestations passagères d'hyperhémie ; on a encore observé l'hyperesthésie au lieu de l'anesthésie (Leyden).

On ne sent, d'ailleurs, pas de cordon dur sur le trajet de l'artère et, la plupart du temps, les pulsations ne tardent pas à réapparaître, et la guérison est de règle au bout de quelques jours, avec toutefois, une certaine lourdeur dans le membre et une gêne notable dans la marche. C'est dans ces conditions qu'on pourrait observer le phénomène connu sous le nom de « claudication intermittente », décrit d'abord par Bouley, en médecine vétérinaire, en 1831, puis étudié, chez l'homme, par Charcot et François. Lorsque le malade a marché un certain temps, des crampes douloureuses se montrent dans le membre, les muscles sont parésiés et le malade boîte. Quelques heures de repos font tout disparaître. Sous l'influence du travail musculaire l'irrigation n'est plus suffisante. Il y a, suivant l'expression du professeur Potain « méiopragie ».

L'état général n'est pas sans subir le contre-coup de ces phénomènes. Suivant le siège et l'étendue du processus gangréneux, les accidents généraux sont plus ou moins graves et les dangers ne se bornent pas à la destruction plus ou moins considérable du membre. Alors même qu'il n'y ait pas de complication septique, les toxines produites aux points sphacelés déterminent, un état général grave.

MM. Gangolphe et Courmont (Congrès de Chirurgie, 1891), ont signalé des élévations de température dans des cas d'oblitération vasculaire avec gangrène sans microbes. Cette fièvre aseptique ou amicrobienne serait due à la production de produits pyrétogènes par les tissus dont la nutrition est troublée.

Pendant tout le temps que dure le travail nécrobiotique, la douleur est constante, la température se maintient entre 38° et 39°. Avec l'apparition du sillon d'élimination, la température subit une recrudescence due à l'infection par l'air favorisant la pullulation des microbes et la sécrétion des toxines. Au lieu de cette hyperthermie habituelle, M. Gangolphe aurait vu par l'antisepsie la plus rigoureuse, une hypothermie marquée.

Si le sphacèle est bien limité, tout peut rentrer dans l'ordre après l'ablation des parties gangrenées. Mais souvent, et surtout quand on a affaire à une forme envahissante ou avec complication de phlébite, l'état général devient très grave : la langue se sèche, les traits s'altèrent, le teint devient terreux, le pouls petit et rapide, la fièvre prend le type rémittent ou subcontinu, une diarrhée fétide s'établit.

Le malade est abattu, il peut avoir du délire et de la carphologie (Obs. IX) et, après quelques heures ou quelques jours, il tombe dans un état adynamique qui aboutit au collapsus et au coma.

CHAPITRE IV

Marche. — Pronostic.

La forme pathogénique de la lésion, les antécédents du malade, son état général actuel sont tout autant de facteurs importants pour le pronostic. L'artérite ne se termine pas toujours par thrombose ou par gangrène. Lorsque la lésion est localisée, que le malade n'est pas atteint de tare organique profonde, elle a une tendance naturelle vers la guérison : le tissu embryonnaire devient scléreux, les fibres élastiques deviennent vitreuses, rigides, et ces divers tissus subissent peu à peu la transformation calcaire. Comme aboutissant : c'est un athérome localisé.

Le malade peut encore guérir sans amputation, quand l'artérite ne donne lieu qu'à un thrombus n'arrivant pas à oblitérer complètement la lumière du vaisseau, ou même quand, avec embolie ou thrombus total, il arrive à se créer une circulation collatérale suffisante. Mais alors, le membre, d'abord

menacé, reste trop souvent et pour longtemps profondément gêné dans sa nutrition et ses fonctions. Des troubles trophiques apparaissent plus ou moins tardivement, accompagnés souvent, au début, de phénomènes douloureux intenses et suivis d'atrophie générale ou partielle des membres, de lésions cutanées. Ces troubles, décrits par MM. Collet et Chatin(1), Dutillet Lamy résulteraient de névrites consécutives.

Mais, la plupart du temps, soit que la circulation supplémentaire ne s'établisse pas, soit qu'elle soit impuissante à assurer la nutrition du membre, la gangrène se déclare, gangrène sèche quand la circulation artérielle est seule supprimée, gangrène humide quand il y a phlébite concomitante. Si le sphacèle est peu étendu, bien limité et sans tendance à l'envahissement, si l'état général est relativement bon, seule l'amputation pourra mettre le malade hors de danger.

Il est loin d'en être de même dans les gangrènes à marche envahissante, ou dans des gangrènes humides, et chez des sujets profondément affaiblis. Il se forme, dans ces cas, des fermentations putrides et des toxines en telle quantité que le malade ne peut soutenir la lutte ; il succombe de septicémie généralisée avec état typhoïde très accentué, température de 40 ou 40°5, adynamie, délire, dyspnée, carphologie, tendance aux syncopes. Quelquefois cet état infectieux ne dépasse pas quarante-huit heures,

1 COLLET et CHATIN, *Gazette hebdomadaire*, 1894.

(Obs. VIII) ; d'autres fois, le malade déjà amputé voit la gangrène envahir le moignon, un autre membre, et, finalement, se généraliser (Obs. XIX).

Comme on peut en juger, les complications artérielles sous la dépendance de la grippe sont loin d'être bénignes. Si l'on excepte quelques cas de guérison spontanée (Obs. XXI, XXX), l'individu frappé de gangrène est voué à une mutilation et à une infirmité irrémédiable. On se gardera de se laisser tromper par ces artérites dont les symptômes affectent des allures intermittentes et qui aboutissent définitivement au sphacèle.

Enfin, il est des cas où, médecins et chirurgiens sont désarmés ; l'état infectieux est tel que l'amputation est inutile, le malade meurt intoxiqué par les produits septiques qu'il résorbe au niveau de la plaie.

En résumé, sur 21 cas dont nous connaissons la terminaison, nous trouvons 12 décès, c'est plus de 50 p. 100.

Cinq malades ont été amputés et guéris.

Trois ont guéri spontanément après élimination de quelques plaques de sphacèle.

Un a eu le bonheur de voir la résolution de son thrombus.

Cinq des amputés sont morts malgré l'opération.

Enfin, chez sept malades l'amputation a été jugée inutile et la mort est survenue plus ou moins rapidement.

CHAPITRE V

Diagnostic.

A. — *Diagnostic différentiel.* — Si, devant un cas de gangrène confirmée, le diagnostic est facile, il n'en est pas de même aux premières périodes de l'oblitération artérielle. Nous avons vu, dans le chapitre de la symptomatologie, que les points cardinaux de l'affection sont la douleur, spontanée et à la pression sur le trajet d'une artère, les troubles circulatoires consistant en abaissement de la température locale, tuméfaction, perte de la sensibilité, changement de coloration du membre et surtout abolition des pulsations artérielles.

Il nous reste à voir quelles sont les affections des membres pouvant faire hésiter dans un diagnostic différentiel.

Les névralgies et les névrites sont loin d'être rares au cours et dans la convalescence de la grippe. Les points douloureux bien connus de la névralgie du sciatique ou du nerf crural n'ont rien de commun

avec la topographie du trajet de l'artère lésée. Dans la névrite, les symptômes subjectifs : crampes, fourmillements, élancements douloureux sont bien ceux du début de la thrombose pariétale, mais les réflexes tendineux sont abolis et l'atrophie musculaire apparaît d'une façon précoce. De plus, le principal élément qui servira à faire diagnostiquer une oblitération vasculaire à l'exclusion de tout autre affection est l'état des pulsations artérielles sur lequel nous avons insisté dans la symptomatologie.

La phlébite s'accompagnera d'œdème, de la sensation d'une corde noueuse, avec légère saillie au niveau des valvules; la température locale sera plutôt élevée de quelques dixièmes de degré. Enfin, la terminaison par gangrène sera tout à fait exceptionnelle,

Les myalgies et les myosites, fréquentes dans la grippe, ne se limiteront généralement pas à un segment de membre, elles auront des lieux d'élection bien connus (adducteurs de la cuisse, muscles de la paroi abdominale antérieure) et la malaxation des masses musculaires provoquera de vives douleurs. Ici pas d'abaissement de la température locale.

Dans la lymphangite, l'examen permet, la plupart du temps, de reconnaître une solution de continuité, une écorchure. La palpation fait découvrir sous la peau des cordonnets irréguliers, noueux, les téguments, à leur niveau, sont chauds, douloureux, tendus, un œdème les soulève, les ganglions correspondants sont engorgés, de même que dans les abcès ou les phlegmons qui s'accompagnent des

symptômes propres à l'inflammation : rougeur, chaleur, tumeur et douleur.

Enfin la périostite ou l'ostéite seront éliminées facilement en raison de l'empâtement et de la douleur à une pression profonde et là, comme dans les affections précédentes, l'abolition des pulsations artérielles sera le meilleur élément du diagnostic.

Diagnostic étiologique. — Devant un malade, chez lequel on aura reconnu une oblitération artérielle avec commencement de gangrène, le facteur étiologique laissera peu de doute s'il est dans le cours ou dans la convalescence d'une attaque de grippe. Mais il est bien d'autres maladies ou diathèses pouvant provoquer les mêmes symptômes. On sait que la plupart des états infectieux, fièvre typhoïde, scarlatine, rougeole, etc., peuvent s'accompagner d'artérite avec sphacèle des membres. On ne négligera pas de rechercher les causes déterminantes. L'alcoolisme, l'artériosclérose, la syphilis, toutes maladies dont le cœur ou le système artériel peuvent subir le contre-coup, mettront l'esprit en éveil ; on tiendra compte des habitudes et des antécédents du sujet, de son âge et de l'état de ses artères.

Avec la gangrène sénile, le diagnostic est plus malaisé. Dans l'affection que nous décrivons, nous avons trouvé la plupart du temps, des malades âgés de 40 à 60 ans, quelques-uns d'entre eux étaient nettement artérioscléreux. Chez ceux-là, on ne manquera pas de s'entourer de renseignements

étiologiques et une récente atteinte de grippe fera naître de grandes probabilités en faveur d'une gangrène d'origine infectieuse.

Chez des sujets non entachés d'alcoolisme et de syphilis, avec un système artériel souple, l'idée d'une gangrène sénile spontanée sera vite écartée.

La présence du sucre dans l'urine indiquera généralement que la gangrène est d'origine diabétique et le pronostic n'en sera pas plus favorable.

Il est une maladie à peu près disparue aujourd'hui, mais qui, au Moyen-Age, sévissait sous forme de véritables épidémies. L'ergotisme, ou mal des ardens, donnait lieu à une douleur extrêmement vive dans les membres, à des phénomènes convulsifs, s'accompagnant d'une gangrène sèche, commençant par les extrémités, remontant progressivement pour s'arrêter le plus souvent aux genoux. Le genre d'alimentation du malade, avec la coïncidence d'autres cas analogues dans son entourage, éveillerait des doutes dans l'esprit du médecin.

La maladie de Raynaud est plus fréquente dans le sexe féminin et dans l'adolescence. C'est une gangrène juvénile, bilatérale et souvent absolument symétrique, affectant, la plupart du temps, les doigts ou les orteils. Les malades qui en sont atteints sont généralement des névropathes, et c'est à l'approche de l'hiver que débute la maladie.

Diagnostic pathogénique.— Il nous reste maintenant, pour compléter notre diagnostic à rechercher

quelle est la cause de l'oblitération. Est-ce une thrombose, est-ce une embolie ?

Dans l'artérite avec thrombose, le début est moins brusque, la douleur est moins aiguë et moins soudaine : c'est plutôt une sensation de fourmillement et d'engourdissement du membre. La perméabilité du vaisseau ne diminuant que lentement par dépôts successifs de coagulations fibrineuses, les phénomènes propres à l'obstruction n'apparaissent que plus tardivement. C'est le facteur pathogénique habituel chez les athéromateux et les syphilitiques.

Dans l'embolie, au contraire, la douleur est, dès le début, intolérable, c'est la douleur en « coup de fouet » ; le membre est rapidement refroidi et recouvert de marbrures violacées, en même temps que l'on constate souvent d'emblée la suppression des battements artériels. La gangrène survient rapidement, sans tous les troubles prémonitoires du développement lent de la thrombose. Le malade est un cardiaque, on constate au cœur un bruit de souffle, les battements sont sourds, mal frappés, irréguliers. L'embolie a, le plus souvent, une origine intracavitaire, mais il est possible que le caillot se soit détaché du système artériel lui-même, quand il existe antérieurement un foyer d'artérite avec thrombose, et que celle-ci, dans la suite, se soit fragmentée en coagula secondaires emportés par le courant sanguin jusque dans une artère plus éloignée.

CHAPITRE VI

Traitement.

Quel est le traitement à instituer dans les oblitérations artérielles que nous venons d'étudier ?

Et, d'abord, peut-il y avoir un traitement prophylactique ? Puisque dans quelques-unes de nos observations nous avons trouvé des cardiaques, des athéromateux, des syphilitiques, des diabétiques, des rhumatisants etc., ne serait-il pas prudent que les grippés ayant à leur passif quelques lésions du côté du cœur ou des artères, ou bien, ayant vu se développer, dans le cours de l'influenza, les premiers signes d'une myocardite ou d'une endocardite, prissent les plus grandes précautions au moment de la convalescence ? Un examen attentif et suivi pourra mettre le médecin en éveil, le malade gardera le repos jusqu'à guérison complète, et, dans les premiers jours de sa convalescence, évitera les fatigues et les traumatismes.

Les premiers signes de l'oblitération artérielle une fois déclarés, on devra viser un double but : surveil-

ler l'état local; ne pas négliger et relever l'état général.

Le malade sera condamné au repos absolu afin d'éviter le départ d'embolies secondaires, ou le détachement du caillot; le membre sera placé dans une gouttière en position horizontale, le talon légèrement au-dessus du plan du lit. Un enveloppement ouaté volumineux contribuera à maintenir la chaleur et à protéger les téguments contre des infections secondaires si rapides à se développer.

On pratiquera l'embaumement au moyen de poudres antiseptiques absorbantes préconisées par Lucas-Championnière. Rendu conseille les embrocations à l'onguent napolitain. Laugier et M. Raynaud employaient les bains d'oxygène, dans le but de parer à l'asphyxie des éléments anatomiques.

Lutter contre la douleur devient souvent une indication prédominante. La thérapeutique médicale offre quelques ressources dans la morphine, le chloral, le bromure; des applications locales de salicylate de méthyle pourraient rendre des services. Contre la fièvre, on aura recours aux antithermiques à l'intérieur et aux bains locaux de solutions antiseptiques faibles surtout de solutions boriquées. Nous avons vu, par l'observation II, les bénéfices que MM. Jaboulay et Loison avaient retiré des bains locaux de sublimé.

Soutenir l'état général par les toniques: quinquina, alcool; surveiller le cœur et en exciter les contractions par la caféïne, augmenter la diurèse sont autant d'indications importantes.

On donnait autrefois des alcalins destinés à fluidifier

difier le sang, et à dissoudre le caillot. On poursuivait sans doute, là, un but chimérique. Un médicament auquel M. le professeur Jaboulay attache une grande importance est l'emploi des peptones, à haute dose, dans le but de limiter l'extension du caillot.

Si, malgré un traitement local énergique, une circulation supplémentaire ne s'établit pas, le membre est définitivement frappé de gangrène et l'amputation s'impose. Mais, à quel moment et à quel niveau faut-il la pratiquer ? Devra-t-elle être immédiate dès l'apparition du sphacèle, ou faut-il attendre la délimitation complète entre le mort et le vif ?

L'amputation immédiate a été soutenue au 20^e Congrès des Chirurgiens Allemands, par Zoege von Manteuffel et par Heidenhain. Elle a été préconisée également, à la Société royale anglaise, par Rickmann Godleë ; en Amérique, par Powers. Ses partisans recommandent de tailler haut, à la cuisse par exemple, pour une gangrène du pied. Pourtant, d'autres chirurgiens, plus économes, se contentent de bien dépasser les limites du mal et d'éviter toute infection secondaire.

Cette pratique est séduisante, si l'on tient compte qu'elle épargne au malade de longues semaines de souffrances et que, du même coup, elle arrête l'absorption de toxines et de produits septiques secrétés dans le segment atteint. Mais cette intoxication étant contemporaine du début de la gangrène, l'intervention ne pourra être préventive et aura lieu en pleine intoxication, c'est-à-dire, dans des conditions défavorables et elle viendra ajouter l'effet aggra-

vant de son traumatisme. à un moment où l'organisme sort d'une maladie infectieuse et lutte déjà avec peine.

Actuellement, et surtout en France, les partisans de l'amputation tardive sont en grande majorité. Au Congrès de Chirurgie, avril 1892, M. Jeannel fait le procès de l'amputation précoce au profit de l'amputation tardive. A part les cas de gangrène rapidement envahissante, où l'amputation précoce est la seule chance de salut (malade de Le Dentu), on attendra la limitation nette et la mortification complète des parties sphacélées, en employant tous les moyens pour soutenir l'état général et relever le malade. A ce moment, le *shock* opératoire est mieux supporté et l'opération peut être économique.

On attendra donc la séparation spontanée, d'autant plus que « la nature est plus avare que notre couteau ». Certes, la cicatrisation est longue, mais, à s'abstenir, on gagne une mutilation moins grande, une conservation plus considérable des tissus, et l'on s'expose moins à voir se gangréner des lambeaux déjà taillés.

L'asepsie opératoire devra être très rigoureuse : les individus intoxiqués ne présentant pas de résistance aux infections secondaires, les grippés surtout. Il est prudent de ne pas suturer les lambeaux, ou de ne placer que quelques fils éloignés. Il faut se souvenir que l'artère est généralement oblitérée à une certaine distance du sillon cutané, et, pour obtenir de plus grandes chances de cicatrisation, on ne visera pas trop à l'économie.

Nous terminerons, en signalant l'intéressante tentative de Severeanu, de Bucharest qui, ayant amputé deux fois de suite la jambe, pour une gangrène du pied et ayant vu, chaque fois, les lambeaux se mortifier, conçut l'idée de désoblitérer, par une sonde, l'artère poplitée. « L'amputation faite sans le moindre jet de sang, il introduit dans l'artère, des sondes, n° 1, 2, 3 de la filière Charrière. Le sang commença à couler à côté de la sonde. Ayant retiré la sonde, l'ondée sanguine fit sortir plusieurs caillots cylindriques, conservant la forme et le calibre de l'artère, et le cours du sang se rétablit ». La réunion fut obtenue par première intention. La même manœuvre de cathétérisme des artères, répétée plusieurs fois, aurait été couronnée de succès.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

D^r COEUR, d'Orléans (*Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1895).

APHASIE ET GANGRÈNE DE LA JAMBE PAR ARTÉRITE GRIPPALE

Il s'agit d'une dame L..., âgée de 48 ans, de bonne santé habituelle, sans autre maladie antérieure qu'une sciatique, et sans aucune tare organique préalable.

Le 24 janvier 1894, elle est prise subitement de fièvre, de maux de tête avec courbature généralisée, de toux et de diarrhée. Appelé deux jours après, je constate une fièvre modérée (38°5) et une bronchite d'intensité moyenne, un peu plus prononcée à la base droite où il existe des râles sous-crépitaux. La courbature persiste. La langue est saburrale, la diarrhée provoque huit à dix selles par jour. En même temps que Mme L., quatre personnes de sa famille, habitant le même palier sont prises de la même maladie (moins la diarrhée) et guérissent dans l'espace de cinq à huit jours.

Le diagnostic de grippe s'impose d'autant plus que d'autres cas assez nombreux existent dans le même quartier de la ville.

Le 31 janvier, la fièvre a cessé, et, à partir de ce jour, je n'en ai plus constatée. La bronchite est très atténuée et disparaîtra les jours suivants, mais les maux de tête sont toujours violents. La diarrhée continue également.

Le 1^{er} février la céphalalgie a augmenté, la malade s'en plaint constamment. La nuit, elle a un peu de délire.

Le 2 février la diarrhée a cessé. La malade est abattue et somnolente. Un peu de délire.

Le 3 et 4 février la malade est tirée de sa somnolence par des douleurs lancinantes dans la tête et aussi par des élancements dans le talon et les orteils du pied gauche

Le 5 février, pendant la nuit, délire bruyant, agitation très grande, Depuis le jour, somnolence profonde. La malade répond à peine aux questions posées.

Les 6 et 7 février, le délire a recommencé la nuit, mais moins bruyant. Même état pendant le jour.

Le 8 février, le délire a presque complètement disparu. Je la trouve encore un peu somnolente et affaissée. Je constate qu'elle comprend très-bien les questions posées, mais qu'elle n'y peut répondre. Elle ne prononce que certains mots qu'elle applique à tout. La suite de l'observation montrera que cette aphasie motrice a complètement guéri, elle est restée isolée et n'a été accompagnée d'aucune paralysie de la face ou des membres.

La malade indique par signes qu'elle souffre de la tête au niveau de la région frontale, et surtout qu'elle souffre beaucoup de son pied gauche. Les douleurs sont par moment si vives qu'elles lui arrachent des cris. Le pied est sensiblement refroidi. La pression est très douloureuse.

Le 12 février, la malade a été prise, dans la nuit d'étouffement subit, elle indique une gêne au-devant de la poitrine, la face est pâle et recouverte de sueurs froides.

Le matin, je la trouve affaissée, pâle, la respiration haletante. Le pouls est petit et très rapide. La cause de cet état est l'apparition d'une péricardite, traduisant par des frottements aussi nets que possible. La respiration se fait bien dans les deux poumons. J'applique trois mouches de Milan et je donne une potion stimulante,

Le 13 février, les frottements péricardiques diminuent, l'état général est bien meilleur. La malade se plaint toujours de douleurs vives dans le pied et le bas de la jambe qui sont très

refroidis. Les douleurs à la pression sont surtout marquées sur le trajet de la tibiale antérieure.

Les battements de l'artère crurale ne sont pas sentis; aucun gonflement appréciable.

14 février. — Les frottements péricardiques ont disparu, d'ailleurs, aucun signe d'épanchement dans le péricarde. Les battements du cœur s'entendent nettement; pas de souffle intra-cardiaque: j'ajoute que je n'en ai jamais entendu dans le cours de la maladie. Le pouls a toujours été régulier; les artères radiales sont bien souples, et répondent parfaitement à l'impulsion cardiaque.

L'amélioration générale est sensible, le mal de tête a disparu, l'aphasie diminue et la malade est beaucoup mieux éveillée.

19 février. — Les forces augmentent; la malade peut se tenir assise dans son lit pendant quelque temps, elle s'alimente bien.

Mais, du côté de la jambe, l'état s'est aggravé avec l'apparition nette de la gangrène. Les orteils sont comme momifiés, ils ont une teinte de vieux parchemin; le talon et le bas de la jambe ont une teinte violacée avec des marbrures. Les douleurs sont très vives.

21 février. — La jambe est un peu gonflée, jusqu'au genou, on ne sent toujours pas les battements de la fémorale.

24 février. — Le gonflement a remonté jusqu'à la racine du membre. C'est un gonflement modéré et non dépressible au doigt comme l'œdème.

La gangrène s'accroît. Toute la peau de la région antérieure de la jambe est insensible à la piqûre d'épingle, même au-dessus de la partie qui se mortifie. Au contraire, la pression un peu forte avec le doigt est douloureuse, surtout sur le trajet de la tibiale antérieure. Ces deux symptômes persisteront pendant très longtemps, et même après que le sillon d'élimination de la gangrène sera apparu. Les douleurs spontanées sont très vives.

La malade se plaint en outre du mollet droit, la pression y est douloureuse au milieu. Je ne sens pas les battements de la fémorale droite que j'avais très bien perçus le 21 avec le

Dr Gilate, qui a vu plusieurs fois la malade. Notre attention avait naturellement été attirée sur la fémorale droite par la suppression des battements de la fémorale gauche.

25 février. — Violentes douleurs dans le membre gauche. L'état général est moins bien. Le facies est fatigué, la langue un peu sèche, la diarrhée a disparu. Le pouls est rapide, mais régulier, pas d'élévation de la température. Rien à l'auscultation du cœur. On ne sent les battements d'aucune des fémorales. Les douleurs du mollet droit ont disparu. Aucun gonflement de ce côté. Un peu de refroidissement de la peau.

1^{er} mars. — L'état général est meilleur, l'appétit reprend. Encore un peu de diarrhée

7 mars. — Depuis huit jours, l'aphasie diminuait rapidement, et aujourd'hui la parole est bien revenue.

Le pied gauche est complètement mortifié. A la jambe, la gangrène paraît se limiter au quart inférieur. Au-dessous de la partie mortifiée, la jambe conserve sa chaleur, mais, comme je l'ai indiqué plus haut, la région antérieure est insensible à la piqure et douloureuse à la pression. Le reste a une sensibilité normale.

9 avril. — Depuis quinze jours, l'état général est très bon, je sens très légèrement les battements de la fémorale droite, ils auront repris leur amplitude à la fin du mois.

1^{er} mai. — Le sillon d'élimination de la gangrène commence à se dessiner. A partir de cette époque jusqu'à l'amputation, rien de nouveau ne se produit. Le bas de la jambe se momifie peu à peu comme le pied l'est déjà, et le travail lent de la gangrène ne se termine qu'en novembre.

Novembre. — A ce moment un sillon profond, large de deux centimètres au moins, divise les parties momifiées des portions saines et met à nu les deux os de la jambe. Il n'y aura plus qu'à achever cette amputation toute préparée et dessinée, à deux lambeaux, l'antérieur plus long que le postérieur. La gangrène remonte, en effet, plus haut en arrière qu'en avant, dix centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne au lieu de sept à huit en avant.

Pendant ce long intervalle de dix mois, la malade n'a cessé

de souffrir vivement de sa jambe malade, tandis qu'elle s'alimentait de mieux en mieux, si bien, qu'elle a sensiblement engraisé.

La jambe est toujours un peu gonflée ; au dessus du sillon d'élimination et jusqu'à la racine de la cuisse, la peau paraît surtout épaissie. La sensibilité à la piqure est revenue, mais la pression profonde est encore un peu douloureuse à la région antérieure.

Il est impossible de sentir les battements de l'artère crurale.

8 novembre. Amputation. Les lambeaux dessinés par la gangrène sont conservés. Leur extrémité amincie et devenue presque fibreuse dans la partie adhérente aux os, est seulement sectionnée, de façon à pouvoir réunir des tissus plus vivants. Au niveau des artères tibiale postérieure et péronière, il s'écoule en bavant du sang un peu noir, ressemblant presque à du sang veineux. Ces artères sont petites et difficiles à lier. La tibiale antérieure n'a pas été vue. A la fin de l'opération, le lambeau intérieur est très anémié et un peu refroidi, si bien que des craintes sont émises, sur sa vitalité future.

Je n'ai pas fait de sutures profondes ; sutures superficielles au crin de Florence. Drain.

Le soir de l'opération et le lendemain, douleurs excessives dans le moignon, qui ont nécessité de la morphine.

Le premier jour, premier pansement pour m'assurer de la vitalité des lambeaux. L'état est très bon.

Le deuxième jour, deuxième pansement et enlèvement des fils.

La réunion est bonne et la guérison est bientôt complète.

Examen de la pièce. — Après l'opération, la portion terminale des lambeaux a été disséquée avec soin. La tibiale antérieure a été retrouvée avec beaucoup de peine. Son calibre est très diminué et, les parois étant épaissies, sa lumière est toute petite, mais elle n'est pas oblitérée par un caillot.

Les deux artères postérieures sont mieux conservées ; pourtant leur volume est également diminué et leurs parois très épaissies, ce qui réduit aussi beaucoup leur lumière. A côté d'elle, les veines sont dilatées.

Les parties gangrenées étant entièrement desséchées, par-cheminées, impossible d'y retrouver la trace d'un organe.

OBSERVATION II

(Par le docteur LOISON, *Lyon Médical*, août 1890).

GRIPPE ET GANGRÈNE DU MEMBRE INFÉRIEUR GAUCHE.

Oud. B..., 37 ans, né dans une campagne du Jura. Il y a quatre ans, est venu habiter Lyon. Employé de commerce. C'est un homme vigoureux, qui n'a jamais été malade; il nie notamment tout antécédent paludéen, syphilitique ou rhumatismal; il ne connaît pas de tuberculeux ni de cancéreux dans sa famille; il s'est toujours bien porté; il s'est marié à l'âge de 25 ans. Sa femme qui, en ce moment, est convalescente de l'influenza, jouit elle-même d'une très bonne santé. Trois enfants se portent bien. Un quatrième est mort, en bas âge, d'affection inconnue.

Le début de l'affection actuelle remonte à deux jours; il a été marqué par de la fièvre, des céphalalgies et de la courbature. Aujourd'hui, 11 janvier, la fièvre persiste, la température est à 39°. Les douleurs de tête sont moins violentes qu'hier, la courbature et la rachialgie sont à peu près de même intensité, aucune éruption appréciable ne paraît sur le tégument.

Le malade tousse beaucoup, et cette toux incessante lui est particulièrement pénible, parce qu'il ressent, au moment des accès, de violents élancements dans la tête; les deux dernières nuits ont été sans sommeil.

À l'examen des poumons, je constate une sonorité normale des deux côtés, en avant et en arrière; les vibrations thoraciques ne sont pas modifiées, et on trouve à l'auscultation, en avant et en arrière, dans toute la hauteur, quelques gros râles muqueux, mêlés de sibilances. Les signes sont un peu plus accusés en arrière qu'en avant. Le pouls bat cent fois à la minute, il est fort et régulier. Le cœur ne présente rien d'anormal à la percussion et à l'auscultation, les battements s'entendent très bien, les bruits sont nettement frappés.

La langue est saburrale, l'anorexie presque complète, les fonctions alvines s'exécutent convenablement. Les urines, fortes en couleur, déposant par le refroidissement, ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Le diagnostic d'influenza ne me parut pas douteux, la femme

de mon malade était convalescente de la même affection et l'épidémie était encore dans toute sa force. Je me bornai à prescrire deux grammes d'antipyrine et quelques soins hygiéniques.

12 janvier. — Le lendemain, je trouvai le malade très amélioré ; la fièvre était tombée, la céphalalgie disparue, la toux n'était plus, comme la veille, l'occasion de vives douleurs de tête ; seuls, les râles persistaient à la poitrine, à peu près dans le même état. Le poulx continuait à être fort et régulier, et l'auscultation du cœur était absolument négative.

13 janvier. — Le lundi, le malade allait tout à fait bien ; il se leva une partie de la journée, prit avec plaisir quelques aliments et se considérait comme guéri.

14 janvier. — Le mardi matin, il me fit demander de nouveau parce que, pendant la nuit, il avait été pris d'une diarrhée intense, il était allé une dizaine de fois à la selle et était frappé de l'odeur infecte que présentaient ses matières fécales. Leur couleur était noire, analogue à celle de la sauce de civet. Il se sentait très faible et se plaignait de coliques. L'abdomen n'était pas douloureux à la pression, il n'était pas ballonné ; la palpation faisait entendre du gargouillement dans les deux fosses *iliaques*. Température normale.

Je conseillai de prendre 3 gr. de sous-nitrate de bismuth et dix gouttes de laudanum. Les coliques disparurent rapidement, la diarrhée cessa de même, le malade passa une très bonne après-midi, et rien ne faisait prévoir à ce moment les graves accidents qui devaient se produire.

A 7 heures du soir, sans qu'un effort, une chute, un traumatisme, une compression quelconque puisse expliquer le phénomène, il sent brusquement sa jambe gauche s'engourdir depuis le genou ; en même temps, la sensibilité s'émousse rapidement, des fourmillements et des démangeaisons analogues, dit le malade, à un grattage produit par des animaux renfermés dans le mollet, lui font pousser des cris. Il lui est impossible de remuer le pied ou les orteils. Les phénomènes n'ont pas mis plus de deux ou trois minutes pour se produire. Les frictions et l'enveloppement avec des linges chauds ne peuvent ranimer cette jambe. La nuit est mauvaise, et, au bout de quelques

heures, le malade, s'aperçoit que sa jambe gauche est complètement froide, tandis que l'autre conserve sa chaleur normale ; néanmoins il est assez rassuré : il est persuadé que tout cela disparaîtra comme cela est venu.

Il me fait appeler de nouveau, et j'arrivai auprès de lui, le jeudi matin, 16 janvier, à 7 heures environ, douze heures après le début des accidents.

A ce moment la première chose qui frappe à l'aspect du membre malade est la teinte pâle, légèrement violacée qu'il présente. Bien que cette jambe ait été, toute la nuit, enveloppée de coton, elle n'en est pas moins aussi froide que les barreaux métalliques du lit. L'autre jambe est chaude.

Cette teinte violacée de la peau se termine nettement, au-dessous du genou, par une ligne non saillante, remontant au niveau de l'interligne articulaire, en dehors du genou, et en dedans, descendant à quatre travers de doigt au-dessous de l'articulation. La sensibilité (douleurs, température) a complètement disparu au pied et à la jambe, sur toute l'étendue de la zone violacée dont nous venons de signaler les limites. Immédiatement au-dessus de cette zone, la peau saine paraît présenter une sensibilité exagérée à la douleur.

Lorsqu'on demande au malade s'il peut remuer le pied, il répond affirmativement, mais il n'en est rien : les mouvements qu'il croit exécuter par ses orteils et par son pied sont des déplacements en masse du membre produits par les muscles de la cuisse et du bassin. La jambe droite et saine.

Il est absolument impossible de sentir les battements, soit de la pédieuse, soit de la tibiale postérieure et, cependant, l'exploration de ces artères sur le membre sain est des plus faciles. Il faut remonter jusqu'à la partie supérieure de la cuisse, au-dessous de l'arcade crurale pour retrouver des battements. Les fourmillements dont le malade se plaignait beaucoup, quelques instants après le début des accidents, ont disparu, mais, en revanche, il s'est déclaré une vive douleur vers la limite de la zone violacée et de la peau saine au-dessous du genou. Le malade ne présente pas de température.

J'examine de nouveau le système circulatoire, cœur et artères avec tout le soin possible, et je ne puis rien trouver d'anormal. L'absence du pouls à la tibiale postérieure et à la

pédieuse, et l'extrême brusquerie des accidents me font porter le diagnostic d'embolie et thrombose consécutive. Je conseille le repos absolu et l'enveloppement ouaté. Je fais entrevoir au malade la gravité locale de son état et les avantages qu'il aurait à être soigné à l'Hôtel-Dieu. Le malade témoigne une vive répulsion pour l'hôpital et ce n'est que le surlendemain, 18 janvier, que je réussis à le convaincre et à lui faire demander son admission à l'Hôtel-Dieu. Il est placé salle Saint-Louis, dans le service de M. Mollière, remplacé par M. Jaboulay.

A ce moment, la situation est à peu près la même que les jours précédents; cependant la douleur a diminué et la teinte violacée des téguments de la jambe s'est accentuée davantage. Les battements de l'artère fémorale continuent à être perceptibles seulement à la base du triangle de Scarpa. Le 19 au matin, la température est de 37° 9, et le 19 au soir, 37° 5, c'est-à-dire normale.

L'examen fait par M. Jaboulay et ses internes, du cœur, des urines et des antécédents du malade, est aussi négatif que celui que j'avais fait moi-même. En présence de l'apyrexie, M. Jaboulay se borna à faire envelopper la jambe dans un pansement protecteur, à la mettre dans un repos absolu et à attendre, en surveillant les événements.

Trois semaines se passèrent ainsi; depuis le 19 janvier jusqu'au 12 février, la température oscillait entre 38° 7 et 37° 2, généralement dans le voisinage de 38°. Pendant ce temps, l'état général se maintenait satisfaisant. La peau de la jambe, d'abord singulièrement livide, était devenue progressivement couleur ergot de seigle, presque noire. Le pied, au contraire, avait conservé sa coloration du début, il s'était desséché lentement et, au 12 février, quatre semaines après le début des accidents, toute la partie antérieure du pied était dure comme de la corne, il était impossible de mobiliser les orteils sur les métatarsiens, même avec un effort violent. La limite de la peau saine était nettement tracée sur les faces antérieure, externe et interne de la jambe, mais en arrière dans le creux poplité, la couleur noire de la jambe se fondait insensiblement avec la couleur rouge subinflammatoire de la face postérieure de la cuisse, et on sentait, à la pression, un cordon empâté et douloureux occupant la situation des vaisseaux.

Le malade fut réexaminé avec soin le 12 février, parce que la veille, la température avait atteint 38° 7; quelques phlyctènes s'étaient développées sur la peau du mollet. Le pansement occlusif qui protégeait le membre ne fut pas réappliqué immédiatement, mais seulement après la visite. Le malade s'infecta-t-il à ce moment ? Je n'en sais rien ; dans tous les cas, le lendemain matin, il avait 39° 2 et le lendemain soir, 40° 4. L'état général devenait très menaçant.

M. Jaboulay ne voulut pas se décider à faire l'amputation avec une température aussi élevée, et on essaya les bains de sublimé. Le malade prit quatre bains de sublimé de trois quarts d'heure et au bout de quatre jours, la température était descendue à 39° 4. La dose de sublimé pour chaque bain, était de 150 grammes.

L'amputation de la cuisse fut alors résolue. Elle fut faite au 1/3 inférieur, le mercredi matin, 19 février. Elle présenta une particularité très importante, elle put être pratiquée sans hémorrhagie, bien qu'on n'eût pas fait la compression de la fémorale.

L'artère était oblitérée par un caillot dur et solide. Les suites furent aussi simples que possible, la plaie se cicatrisa rapidement, la température se maintint au-dessous de 39°. Deux escharres se formèrent sous la fesse gauche, l'une d'elles est guérie, l'autre est encore assez largement ouverte. Le malade va très bien, quoiqu'il soit encore très faible, et il y a déjà plusieurs jours qu'on lui a permis de se lever.

Examen de la pièce. — Aidé de M. Berthet, interne de service je fis, quelques instants après, l'autopsie de la pièce. Une première particularité nous frappa, c'est que la limite si tranchée du sphacèle cutané ne correspondait à rien de semblable pour les parties profondes. Les jumeaux présentaient leur aspect normal à la région poplitée, et il fallait aller jusqu'à leur insertion sur le tendon d'Achille, pour les trouver noircies et réduits en bouillie. Le tissu conjonctif était gorgé d'un liquide fétide ayant à sa surface un grand nombre de gouttes huileuses. Le pied était desséché, et la peau qui le recouvrait avait l'aspect et la dureté de la corne.

Au niveau de l'amputation, l'artère fémorale était oblitérée par un caillot dense assez dur, grisâtre et légèrement adhé-

rent aux parois. Le caillot conservait ces caractères jusque vers la partie inférieure du creux poplité, mais les artères tibiale et péronière étaient à peu près vides et à partir de quatre ou cinq travers de doigt au-dessus des malléoles, elles étaient complètement sèches.

La veine fémorale était également oblitérée par un caillot, mais de consistance beaucoup plus molle que celui de l'artère. Sa couleur était d'un brun violacé; il n'était que très peu adhérent aux parois de la veine et si on continuait la dissection des veines vers le mollet, on les trouvait bientôt remplies par un contenu semi-liquide ayant à peu près la consistance et la couleur de la gelée de groseilles un peu foncée. Tous ces vaisseaux (artères et veines) étaient souples; j'ai essayé d'examiner leur endothélium au microscope, mais l'état de gangrène très avancé du membre m'a rendu ce travail impossible. Dans tous les cas, rien ne peut expliquer une lésion de l'endothélium, si elle existe, sinon l'influenza.

La limitation rapide des accidents et surtout le début foudroyant en deux ou trois minutes, font écarter à M. Loison l'idée d'une thrombose et lui font conclure à une embolie sans origine bien certaine, car l'examen minutieux du cœur ne révéla rien d'anormal. Cette embolie s'était-elle arrêtée au-dessus du niveau de l'amputation dans l'artère fémorale? On l'ignore.

MM. Jaboulay et Loison ont été frappés du début subit d'accidents généraux et fébriles à la suite d'une infection qui est venue transformer cette nécrobiose pure en un sphacèle véritable. M. Jaboulay insistait beaucoup sur cette différence marquée entre la mort pure et simple des éléments anatomiques, ou nécrobiose, et leur gangrène infectieuse, ou sphacèle.

OBSERVATION III

par G. DUCHESNAU, interne des Hôpitaux de Lyon
(*Gazette hebdomadaire de Médecine*, 14 juin 1890.)

GRIPPE ET GANGRÈNE DU MEMBRE INFÉRIEUR DROIT

Daniel G. . . , 58 ans, tailleur d'habits, né à Chalançon (Drôme), entré à l'Hôtel-Dieu pour une gangrène de la jambe et du pied droits.

Pas d'antécédents personnels ; on note la rougeole à l'âge de 15 ans, une éruption furonculaire discrète vers dix-sept ans.

Le malade a fait sept ans de service militaire et s'est toujours bien porté jusqu'à quarante-cinq ans. A cette époque, il eut, au membre inférieur droit, des douleurs articulaires qui persistèrent pendant trois mois et l'obligèrent à diverses reprises, à garder le lit. Ces douleurs, au dire du malade, s'accompagnèrent d'un peu d'enflure du pied, mais les jointures elles-mêmes n'étaient pas tuméfiées et il n'y avait pas de changement de coloration de la peau à leur niveau. Au bout de ces trois mois, les douleurs se portèrent sur le membre gauche et, pendant trois mois encore, elles persistèrent avec les mêmes caractères que du côté droit.

Elles ont réapparu, il y a quatre ans, mais en envahissant, cette fois, les membres supérieurs et même le cou : les mouvements de la tête étaient douloureux. Cet état morbide, entrecoupé de nombreuses rémissions, dura quatre mois.

L'interrogatoire et l'examen du malade ne permettent de constater ni saturnisme, ni syphilis, ni impaludisme. Il nie tout excès alcoolique.

Voici maintenant les renseignements qu'il donne au sujet de l'affection qui l'amène à l'Hôtel-Dieu.

Le 2 janvier, il fut atteint de l'influenza. Le début eut lieu, dit-il, par des frissons et un gros rhume. Il aurait aussi mouché et craché un peu de sang. Manque complet d'appétit, abattement ; cependant il ne garda le lit que deux ou trois jours. Pendant la durée de l'affection, qui fut de dix ou douze jours, il ne ressentit aucune douleur dans les jointures.

Le 15 janvier il ressentit une douleur très vive dans le mollet gauche, cette douleur s'étant déclarée brusquement et sans cause appréciable. La jambe gauche, à partir du tiers inférieur, et le pied gauche étaient engourdis et froids. Le lendemain, tout avait disparu, mais les phénomènes se reproduisirent identiques à la jambe et au pied droit. Le malade avait une sensation de cuisson violente et des lancées dans le pied et le tiers inférieur de la jambe. Ces parties devinrent froides. La peau subit une série de changements de coloration ; d'abord rouge elle devint ensuite violette, mais par places seulement ; ces taches finirent par se réunir, de sorte que la surface du membre fut prise en

totalité. Depuis un mois environ, la coloration est absolument noire.

L'examen fait constater une gangrène sèche du membre inférieur droit commençant à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de la jambe. Au dessous de ce point les parties sont noires, sèches, froides, insensibles, un peu sonores, à la percussion ; l'aspect est tout à fait celui d'un membre de momie. Il existe un sillon de démarcation peu profond entre les parties saines et sphacélées. La jambe est le siège d'un léger œdème ; à la palpation le mollet offre une consistance assez dure. Les battements de la fémorale au pli de l'aîne sont aussi forts à droite qu'à gauche. Les parties malades exhalent l'odeur spéciale, très fétide. Le malade ressent encore des douleurs assez vives au niveau du sillon d'élimination.

L'examen du membre inférieur gauche n'y fait rien découvrir de particulier.

L'état des organes internes est le suivant :

Du côté du cœur on ne peut sentir les battements de la pointe. A l'auscultation, on n'entend pas de souffle, mais on constate une arythmie extrême. Le malade dit n'avoir jamais eu de palpitations.

Le pouls est très petit, très irrégulier ; la radiale n'est pas dure et ne roule pas sous le doigt ; en somme, on ne trouve pas de signes d'athérome périphérique.

Du côté des poumons, on note une forme un peu globuleuse du thorax, la sonorité est normale, légèrement diminuée en arrière et aux bases où l'auscultation fait entendre quelques râles fins ; l'expiration est un peu prolongée. Le malade ne tousse pas et n'est pas oppressé.

Les fonctions digestives sont intactes, et, somme toute, l'état général est, d'après les apparences, excellent. Les urines ne donnent, à l'analyse, ni sucre, ni albumine, ni précipité de phosphates.

Le 19 mars, M. Poncet pratiqua l'amputation de la jambe à la partie moyenne. Au niveau de l'incision opératoire, les tissus sont indurés, lardacés ; les lèvres du moignon sont simplement rapprochées, sans sutures.

A l'examen des parties gangrénées, on constate que le pied et la jambe sont transformés en une sorte de bouillie, couleur

lie de vin, d'odeur infecte, où, cependant, il est possible de reconnaître quelques lambeaux de tendons. La tibiaie antérieure paraît saine jusqu'en un point correspondant au sillon d'élimination ; au-dessus de ce point, il est impossible de la suivre.

Le malade parut aller bien pendant les premiers jours. Huit jours après l'opération, on renouvelle le pansement : la plaie ne bourgeonnait pas. Il y avait sur le bord des lèvres du moignon quelques plaques de sphacèle, mais il n'y avait ni fusées purulentes remontant vers la partie supérieure, ni aucune suppuration à la surface du moignon. Cependant, la température devint élevée, le malade avait la langue sèche, ne dormait pas ; il présentait un subdelirium continu, sa face portait l'empreinte d'une vive souffrance.

Pensant que le malade trouverait à la campagne de meilleures conditions générales, M. Poncet le fit ramener chez lui.

M. le docteur Magnan, de Die, a eu l'obligeance de nous renseigner sur l'issue de la maladie. « G..., nous écrit-il, est mort le 8 avril. Depuis son arrivée à Die, il avait été constamment dans un état de délire, caractérisé par des cris plaintifs, continus, ne paraissant pas répondre à une souffrance réelle. Refus absolu de tout aliment, même liquide (il gardait une cuillerée d'eau ou de lait dans la bouche, pendant des heures, sans se décider à l'avalier). Les deux derniers jours, ptosis de la paupière gauche avec conservation de l'égalité pupillaire. Le pansement a été fait une seule fois ; la plaie n'avait aucune tendance à la réparation, et était couverte de plaques peu épaisses de tissus sphacelés. »

OBSERVATION IV

(Thèse de MORNET.)

GANGRÈNE DE LA JAMBE DROITE A LA SUITE DE GRIPPE

V..., François, 60 ans, cultivateur, entré à St-Philippe, n° 18, le 17 septembre 1892.

Père et mère morts, d'affection inconnue.

Huit frères ou sœurs, dont quatre sont morts de maladie aiguë ou par accident. Les quatre autres sont bien portants.

Pas d'antécédents personnels, sauf une variole dans l'enfance. Nie tout excès alcoolique. Ni rhumatisme, ni syphilis. Pas de signe de diabète ou d'affection cardiaque. Bref, pas d'antécédents morbides, sauf une certaine prédisposition aux angines et aux bronchites.

Quelques jours avant son entrée, à la suite d'un froid, le malade fut obligé de s'aliter pour une angine de moyenne intensité. Il ressentait, en même temps, de fortes douleurs musculaires et semble avoir eu une température assez élevée ; légère toux, pas de coryza.

Sa fille se trouvait malade au même moment, mais le malade ne peut donner aucun renseignement sur les symptômes qu'elle ressentait. Il y aurait eu, à son dire, un grand nombre de personnes indisposées dans son village à ce moment.

Les maux ressentis par notre malade se calmèrent cependant assez rapidement. Cinq jours après, se sentant mieux, il voulut se lever. Sans qu'il fit le moindre effort, il ressentit une vive douleur dans la jambe droite qu'il essaya, mais inutilement, de réchauffer avec des frictions énergiques.

À son entrée à l'hôpital, la jambe est froide, présentant de larges ecchymoses et quelques petites phlyctènes. Toute la région est le siège de violentes douleurs. Le pied et les 2/3 inférieurs de la jambe, de couleur lie de vin, sont insensibles à la piqure. La fémorale droite ne donne pas de battements à l'anneau.

L'auscultation du cœur ne permet pas de déceler aucune affection. Athérome périphérique.

Pas de lésions pulmonaires.

L'état général du reste est bon. La température varie de 38°5 à 39°. Plus de symptôme d'angine. Léger appétit. Pas d'albumine, mais sucre dans les urines.

Le 20 septembre, température 38°5 le matin, 40° le soir.

Le 21 septembre, température vespérale normale. Quelques larges phlyctènes sur la jambe. Plus de sucre dans les urines. On pratique l'amputation de la cuisse au tiers inférieur. La fémorale est obturée par un thrombus qui remonte tout le long de son trajet. La plaie est drainée à la gaze iodoformée et non suturée.

Le 22 septembre, pas de fièvre, bon état général. Dans les

jours qui suivent, l'amélioration continue. La plaie se ferme. Pas de température. L'examen des urines, fait à plusieurs reprises, ne décèle plus de sucre. L'appétit est revenu, le malade ne souffre pas et se porte bien,

OBSERVATION V

Par le Docteur JOHANNSEN, de Libau (*Petersburger med. Woch.*, 1890)

GANGRÈNE DU PIED APRÈS INFLUENZA

N. Chr. mourut le 25 janvier 1890, à l'hôpital de Libau, à la suite d'une opération pratiquée par le Dr Eschenbach.

Le patient était, au commencement de janvier, légèrement malade de l'influenza. Cette affection, assez légère, dura jusqu'au 8 janvier. Le 11, rechute, fièvre à 40°, avec néphrite aiguë. Dans l'urine, beaucoup d'albumine avec des cylindres granuleux.

La fièvre tomba au bout de quatre jours. Quant à l'albumine, elle disparut au bout de deux semaines.

Le 18 janvier, le malade ressentait une légère paresse dans le bras droit, le bras était plus froid, de couleur légèrement livide. En 24 heures, tous ces symptômes disparurent.

Le 19 janvier, le malade ressentit des douleurs dans le pied droit: c'était une sorte de sensation de piqure. Dès le lendemain, ce symptôme acquit une excessive intensité. Il semblait au malade que son pied brûlait. En même temps, le pied était devenu bleu, rouge, insensible, bref, l'aspect général d'une gangrène commençante.

Pendant toute cette période, la température resta à peu près normale, avec une légère augmentation, le soir, allant jusqu'à 38°.

Depuis des années, le malade souffrait périodiquement de faiblesse dans les membres inférieurs, surtout après des excès de boisson ou de coït.

Le malade a probablement eu la syphilis.

A son entrée, nouvel examen du malade. C'est un homme de cinquante-deux ans, grand, bien musclé, quoique assez maigre.

Le cœur et les poumons sont normaux. Pouls plein, rapide. Température 39°8. Constipation opiniâtre.

Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. La vessie est fortement remplie et remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'urine s'écoule continuellement, goutte à goutte : c'est une urine jaunâtre, un peu épaisse, dont la densité est de 1021, avec des traces d'albumine.

Au microscope : cellules épithéliales, cellules de pus ; pas de cylindres.

Le pied droit est froid, bleu, insensible.

Au tiers moyen de la jambe se dessine nettement une ligne de démarcation. Au-dessus de celle-ci jusqu'au genou, la peau est légèrement rougeâtre.

On décide l'amputation au milieu de la jambe. Les veines se dessinent sur le membre ; on sent des cordons durs. L'artère crurale roule légèrement sous le doigt.

Le soir de l'opération, température de 36°6. Le lendemain 39°. Dans la nuit, chute définitive de la fièvre, et guérison sans accidents.

OBSERVATION VI

(Communiquée par le professeur EICHHORST à la Société des Médecins de Zurich)

GANGRÈNE SYMÉTRIQUE DES DEUX PIEDS DANS LA CONVALESCENCE DE L'INFLUENZA.

Le 10 janvier, je fus appelé en consultation pour notre collègue Küng de Benken, atteint d'influenza depuis quatorze jours. Homme de 40 ans, très vigoureusement constitué, un peu obèse, qui, jusqu'alors, avait passé pour le type de la santé la plus florissante. Le collègue n'avait plus de fièvre, mais, deux jours auparavant, après un violent accès de toux, il avait été pris de douleurs extrêmement violentes dans les membres inférieurs, douleurs s'accompagnant d'insensibilité complète.

Les douleurs avaient atteint par accès, et surtout pendant la nuit, une violence telle que le malade poussait de grands cris, et pensait qu'il allait mourir.

Rejeté sur son lit, il sentit ses jambes se refroidir et leur vit prendre une couleur bleuâtre. Immédiatement, l'horreur d'une embolie se présenta à son esprit, et je ne

pus que confirmer ce qu'avait de terrible cette étrange situation. Les deux membres étaient, jusqu'à la région inguinale absolument sans poulx, bleuâtres, froids. Un embolus devait donc s'être arrêté au point de séparation des deux artères.

« D'où provenait l'embolus? C'est ce que n'ont pu déterminer, avec certitude, les autres médecins appelés ensuite auprès du malade; en effet, les bruits du cœur étaient intacts, on ne constatait pas de dégénérescence athéromateuse des artères et il n'y avait pas à l'admettre, vu le jeune âge. L'état actuel du malade ne put être amélioré que par une injection. Le malade vit ce qui lui était réservé: dans le cas le plus favorable, perdre un membre.

Toutefois, il reprit courage pendant quelques jours, lorsque le membre gauche montra un peu de vie, que la fémorale du même côté se remit à battre faiblement, et que la gangrène parut se limiter à la partie moyenne de la jambe droite. Mais il ne se fit pas une véritable démarcation, et le 19, après une nuit passée dans l'agitation, il apparut que la gangrène s'était avancée dans les muscles profonds, jusqu'à la région inguinale. La scène devint désespérée; le 20 frissons, de même que le 21, puis il y eut perte de connaissance et, le soir vers dix heures, la mort mit un terme à cette scène cruelle. »

Et le professeur Eichhorst ajoute : « Peut-être quelques-uns d'entre vous diront : complication accidentelle. Mais, il y a quatorze jours, j'eus à traiter un homme robuste de 22 ans, qui à Kemptal, près Wintherthur, avait eu l'influenza très violente avec fièvre élevée. Dans la convalescence, il fut pris, tout à coup, de douleurs dans le pied gauche et la jambe; il y avait insensibilité complète, et coloration gris bleuâtre de ces parties. On eut recours aux frictions continuelles du membre et au réchauffement. Trois jours après seulement, les phénomènes rétrocédèrent lentement.

OBSERVATION VII

(M. A. PEARCE GOULD (*British Med. Journ.*) mars 1891.)

GANGRÈNE SYMÉTRIQUE DES PIEDS PAR OBLITÉRATION DES ARTÈRES ET DES VEINES. — AMPUTATION AU NIVEAU DES GENOUX. — GUÉRISON.

Le malade est un homme âgé de 43 ans, qui, après une atteinte d'influenza, fut pris de mélancolie et de manie. Le 9 janvier, il se plaignit d'une douleur violente, s'étendant du genou droit jusqu'au pied. Deux jours après, le pied droit devint froid et bleu, les pulsations ne purent être senties dans aucune des tibiales postérieures. Le malade se plaignit alors de douleurs dans la jambe gauche et, peu de temps après, fut atteint de gangrène. Il est transporté dans le service de M. Gould, le 22 février. La manie avait disparu avec l'apparition de la douleur dans les pieds. Les jambes furent amputées au niveau des genoux à une semaine d'intervalle et le patient guérit.

Gould n'a pu trouver aucune origine nerveuse, mais l'entourage du malade donne des détails précis sur l'atteinte d'influenza.

OBSERVATION VIII

(SYDENHAM de Dulverton, *British. Med. Journ.*, mars 1890.)

GANGRÈNE SPONTANÉE RAPIDE A LA SUITE D'INFLUENZA

H... B, âgé de 56 ans, facteur rural, tomba malade en faisant son service de distribution de lettres. Je le vois à six h. de l'après-midi : il présente une attaque non douteuse d'influenza. La température est de 102° Farenheit.

Le 4 février, état un peu meilleur : température de 100° Farenheit, à 4 heures de l'après-midi.

Le 5 février, une petite tache noire comme du marbre se montre à la face dorsale du gros orteil, du côté droit. La température est de 102° Farenheit. Le malade est agité. Pouls 120. Un peu de rougeur au pied. Pas de douleur ni même d'hyperesthésie.

6 février, 5 h. du matin. — Le pied droit tout entier est gangréné. Délire. Température 104° Fahrenheit. Pouls 130. Toute la partie du membre inférieur située au-dessous du genou est rouge et enflammée.

Le malade succombe à 7 h. du soir.

L'automne de 1899, le malade avait eu, à l'autre pied, un durillon enflammé dont la guérison avait exigé plusieurs semaines. Le malade était un alcoolique avéré, buvant chaque jour jusqu'à dix pintes de bière et d'eau-de-vie.

Et Sydenham ajoute :

« Les cas de gangrène aussi rapides sont, je crois, assez rares pour mériter d'être signalés. Je considère l'influenza comme l'agent provocateur de cette gangrène. Le malade était très sanguin et vigoureusement constitué ».

OBSERVATION IX.

Par le Professeur LEYDEN (*Deutsche Med., Woch.*), n° 14-1890.

GANGRÈNE DE LA JAMBE DROITE A LA SUITE DE L'INFLUENZA.

Un homme de 58 ans, dit Leyden, était atteint depuis plusieurs années de faiblesse cardiaque, et eut même, une fois, de l'hydropisie, mais il s'était relevé.

En novembre, il eut l'influenza, en triompha, mais n'attendit pas la convalescence, se leva trop tôt et retomba malade. Chez ce malade, il se développa subitement, et d'une manière inattendue, des phénomènes gangréneux à la jambe droite, ainsi qu'une oblitération constatable de l'artère poplitée, avec manifestations extrêmement marquées. Il y eut un dessèchement, on ne pouvait trouver trace de la circulation.

Je fus appelé en consultation, mais lorsque j'arrivai les phénomènes s'étaient déjà accrus de la manière la plus grave. Il n'y avait pas gangrène complète; la jambe était flasque, froide, d'un gris cendré, cyanosée, .. il n'y avait aucune démarcation. Mais déjà, le malade commençait à délirer, il y avait une fièvre adynamique assez intense. Le malade avait du tremblement, cherchait à saisir tout autour de lui dans l'air avec ses mains.

Rapidement, dans l'espace de cinq à six heures, il survint un coma profond avec terminaison fatale.

On présumait que la fièvre devait venir d'une pneumonie, mais on trouva les poumons complètement indemnes.

Il n'y avait nulle part de foyers inflammatoires. Cœur dilaté, sclérose modérée de l'aorte. Dans l'artère poplitée, on trouva un thrombus au-dessus duquel l'artère fémorale et la fémorale profonde à sa partie initiale sont un peu dilatées. Les muscles et les autres tissus des membres étaient décolorés, mais non gangrenés. Il n'y avait ni suppuration, ni rien d'analogue.

OBSERVATION X.

Par le professeur DRASCHE (*Berliner Klinische Woch.* n° 14-1890).
Résumée

A observé deux cas d'influenza avec purpura hemorrhagique.

Dans l'un, il y eut, en outre de l'hématurie, des suffusions sanguines sous-cutanées très étendues, à tous les doigts notamment. Il se développa ensuite aux doigts une gangrène superficielle qui guérit cependant après élimination des lambeaux gangrenés.

OBSERVATION XI

Par le professeur PONCET (*Gazette hebdomadaire de Médecine*,
juin 1840).

GANGRÈNE DU DEUXIÈME ORTEIL ET D'UNE PARTIE DE LA FACE PLANTAIRE A LA SUITE D'INFECTION GRIPPALE

M. G..., âgé de 56 ans, se présente le 7 mai, dans le cabinet de M. Poncet, pour une gangrène sèche du deuxième orteil avec quelques accidents phlegmoneux du côté de la face dorsale du pied, et de l'extension du sphacèle du côté de la face plantaire.

Ce malade, d'une bonne santé antérieure, ne présentant aucune tare dans ses antécédents, a été atteint de la grippe, au mois de février dernier. Pendant deux mois, il fut, dit-il, très malade. C'est sept à huit semaines après le début de l'influenza

que, sans cause appréciable, survinrent quelques douleurs passagères dans le deuxième orteil, prélude d'un sphacèle, qui se limita au niveau de la partie moyenne de la première phalange.

Depuis lors, l'état général est resté mauvais. M. G. a perdu l'appétit, il dort mal, la face est pâle, blafarde. Rien du côté du cœur. Pas de sucre dans les urines. L'extension du processus du côté de la face plantaire, le mauvais état général du malade, font rejeter pour le moment toute intervention.

OBSERVATION XII

(PAR FAURE MILLER). *British. med. Journ.* 1841 Th. Mornet

GANGRÈNE SYMÉTRIQUE DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES SUITE DE GRIPPE

La malade, jeune fille de 21 ans, présenta, un mois avant son entrée à l'hôpital, tous les symptômes de l'influenza : grande faiblesse, douleurs dans les membres, fièvre, céphalalgie etc. Elle guérit cependant facilement. Huit jours après cette attaque, elle pouvait sortir. Elle était alors à Nice.

Dans les premiers jours qu'elle sortait, elle gravissait une petite colline, quand elle fut prise soudain d'une violente douleur dans les deux mollêts, mais principalement à droite. Cette douleur était si aigüe qu'elle fut immédiatement obligée de s'asseoir, et qu'elle ne put rentrer chez elle qu'en voiture.

Elle resta au lit pendant trois jours, mais, elle était à peine sur pied, qu'une nouvelle douleur revint subitement dans la jambe droite. Cette douleur s'étendait du genou aux orteils. C'était une sorte d'engourdissement, avec sensation de torpeur dans le membre. Bientôt le pied devint froid. La jambe gauche n'était pas atteinte.

Le lendemain, le pied était légèrement gonflé, tandis que la peau était bleue, violacée, douloureuse au toucher. Ce changement de teinte était beaucoup plus net sur le dos des orteils. Cependant le pied n'était plus aussi froid que la veille.

Le pied gauche présenta, le lendemain, les mêmes symptômes, quoiquemoins prononcés.

Au pied droit, la peau était rouge-bleu jusqu'au cou de pied,

tandis qu'elle était complètement noire sur les orteils, et principalement sur le quatrième.

A son entrée, c'est-à-dire trois semaines après le début des douleurs, l'aspect des membres est le suivant : l'extrémité du quatrième orteil du pied droit est livide, tandis que la face inférieure est absolument noire. La peau est soulevée par des bulles. Il existe, sur le milieu de la face plantaire, une ligne de démarcation très nette.

Sur la face dorsale et sur les faces latérales du cinquième orteil, ainsi qu'à la naissance des autres doigts, on constate des bulles à contenu séro-hémorrhagique. La peau du gros orteil est tachetée, et soulevée par de véritables pustules.

La sensibilité reste diminuée.

A gauche, l'extrémité du quatrième orteil est rouge, ayant plutôt l'aspect enflammé, présentant comme particularité une ulcération sur sa face interne. L'ongle est détaché, la sensibilité est normale.

Pas d'œdème, ni sur l'un ni sur l'autre pied. Les veines ne sont pas saillantes.

L'état général est bon, quoique la malade soit un peu anémiée.

La malade n'a jamais eu jusqu'ici de maladie sérieuse; pas de rhumatisme sous aucune de ses formes; pas de syphilis. Un peu de chlorose.

Les poumons sont sains. Le seul symptôme cardiaque anormal consiste en un murmure systolique, doux, un peu traînant, s'entendant surtout à la base et à gauche, et coïncidant avec une prolongation du deuxième bruit dans cette région.

Rien dans les urines; température du soir le jour de l'entrée : 102° Fahrenheit.

Traitement. — Pansement antiseptique. Fer à l'intérieur. Diète. Vin.

Après trois semaines de soins, les eschares étaient tombées, les surfaces cicatrisées. Température revenue à la normale.

Sortie de l'hôpital, la malade se porta très bien, et les renseignements recueillis sur elle, quelque temps après, étaient excellents.

OBSERVATION XIII

Clinique du professeur BONDET. (*Proc. Méd.*, mars 1892.)

GANGRENE SYMÉTRIQUE DES PIEDS D'ORIGINE GRIPPALE.

Malade âgé de 58 ans. Habituellement bien portant, quoique d'aspect chétif. N'a jamais été malade. Ni syphilitique ni alcoolique. Pas de rhumatismes.

Depuis cinq ou six ans, il s'enrhume facilement, se plaint, sur tout pendant ces dernières années, d'avoir été oppressé. Il a maigri, ses forces ont diminué sans qu'il ait été forcé d'interrompre son travail.

Au commencement de février, une aggravation subite, caractérisée par de la céphalée, un brisement général avec perte rapide des forces, sueurs abondantes avec quintes de toux, rappelant tout à fait les symptômes de la grippe est venue s'ajouter à son état maladif habituel.

Vers le 20 février, il a ressenti, tout à coup, de vives douleurs avec crampes et fourmillements, dans les deux jambes et les deux pieds. Le lendemain, un œdème marqué, avec teinte rouge violacée, s'étendait sur le dos des deux pieds et le tiers inférieur de la jambe droite.

Les douleurs, les crampes, les fourmillements, de plus en plus violents, intolérables, dit le malade, persistaient toujours. C'est dans cet état qu'il est entré à la clinique, le 29 février.

A ce moment, on constate, sur le pied droit, une large plaque d'un gris noirâtre, froide, occupant la moitié inférieure du pied, plus développée sur sa face externe, correspondant assez exactement à la sphère de distribution de la pédieuse.

Pas de battements dans la pédieuse, pas plus que dans la tibiale postérieure.

La sensibilité est nulle dans toute la région envahie, la piqûre non seulement n'est pas perçue, mais elle ne fait pas sourdre la moindre trace de sang.

A gauche, on constate, sur les orteils et le pied, des taches violacées moins étendues, moins accusées qu'à droite.

Le 1^{er} mars, les accidents sont modifiés de ce côté; il ne subsiste plus que quelques taches noirâtres sur la plante du

pied, et quelques phlyctènes sur la face inférieure des orteils. A droite, au contraire, la teinte gris-noir s'est accentuée. Il existe une ligne de démarcation très nette entre cette partie noirâtre et les parties voisines.

Les douleurs, les crampes, les fourmillements sont allés en diminuant depuis l'entrée du malade.

A l'examen du poumon, on constate : au sommet gauche des signes évidents d'une caverne, de nombreux râles existent dans tout le reste des poumons. Les crachats contiennent du bacille de Koch.

Rien à noter dans les autres organes. Très peu d'albumine dans les urines. Température entre 38°5 et 39°5.

Le malade est assoupi, son intelligence paraît intacte. A partir de son entrée, le sillon entre la partie saine et la partie malade s'accuse davantage; odeur de gangrène.

On est donc en présence d'un phthisique avéré, chez lequel sont survenus les signes d'une gangrène symétrique des pieds.

Quelle en est la cause ? On ne trouve ici aucune cause physique appréciable, ni traumatisme, ni compression, ni action imputable au froid ou à la chaleur.

Le cœur est intact; pas de battements irréguliers, pas de souffle, rien qui indique une lésion cardiaque,

Du côté des artères, rien non plus qui ressemble aux lésions de l'artério-sclérose. Les radiales sont souples. Les temporales filiformes.

Le malade n'a ni syphilis, ni impaludisme. Il n'est pas alcoolique, pas rhumatisant; mais il est tuberculeux, cachectique; il vient de présenter tous les symptômes d'une maladie infectieuse: la grippe, ce qui est favorable au développement des thromboses artérielles.

Traitement: contre la phthisie, rien; contre la gangrène, applications chaudes, frictions stimulantes; toniques et désinfectants. La tuberculose avancée interdit ici toute action chirurgicale.

Autopsie. — L'artère tibiale antérieure droite présente, dans son tiers inférieur, un caillot rouge qui se prolonge dans toute l'étendue de l'artère pédieuse jusqu'au point où cette artère plonge perpendiculairement pour gagner la voûte plantaire. Ce caillot rouge, sous couches stratifiées, très peu adhérent à

la paroi artérielle, paraît nettement cruorique et récent. Les branches artérielles qui partent de la pédieuse pour se distribuer à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané, sont aussi remplies de ces caillots cruoriques.

La plaque de gangrène ne comprend que les tissus superficiels, les muscles et les tendons sont parfaitement intacts.

La paroi artérielle paraît saine, sauf quelques petits points jaunâtres, gros comme une tête d'épingle, légèrement saillants. Pas de diminution de calibre de l'artère; pas de plaque athéromateuse.

L'artère tibiale antérieure gauche et la pédieuse ne contiennent aucun caillot. Les parois sont le siège des mêmes produits jaunâtres. L'examen des artéριοles superficielles et cutanées, au niveau des phlyctènes et des plaques de gangrène, ne permet de découvrir qu'une gêne de la circulation, mais, nulle part on ne constate de caillots.

Le reste du système artériel est parfaitement sain. Cependant, cet homme a toutes ses artères superficielles remarquablement petites, comme par une sorte d'angustie congénitale. Rien au cœur, quelques légères plaques d'adhérence sur l'aorte ascendante.

Aux poumons: tuberculose ancienne, avec cavernes à parois légèrement fibreuses.

La cavité abdominale présente des adhérences nombreuses entre les anses intestinales. Tubercules nombreux, petits, caséeux à leur centre sur le péritoine. On y trouve des bacilles de Koch.

OBSERVATION XIV

D^r ANNEQUIN, médecin chef de l'hôpital de Grenoble
(in *Dauphiné médical*, avril 1895, résumée)

GANGRÈNE SÈCHE DU MEMBRE INFÉRIEUR DROIT ET EMBOLIE DE L'ARTÈRE HUMÉRALE DU MÊME COTÉ SANS GANGRÈNE

S., jeune soldat d'infanterie, de constitution médiocre, entre à l'hôpital de Grenoble, le 9 janvier 1895, avec le diagnostic de grippe. Pas d'antécédents personnels ou héréditaires; pas d'alcoolisme, pas de rhumatisme, pas de syphilis.

Le début de l'affection a été brusque, se manifestant d'emblée par de la céphalée, une température élevée et une adynamie profonde. Albumine dans les premiers jours. A la même date, une broncho-pneumonie s'est déclarée, sans grand fracas, les symptômes généraux dominant de beaucoup la scène. L'examen bactériologique d'une goutte de sang permet de constater des diplo-bacilles très mobiles.

Le 16 janvier, huit jours après le début de la maladie, la température tombe brusquement à 36°6, avec aggravation de l'état général, anxiété pécardiale, pouls rapide et tendance au collapsus. Injections de caféïne. Quelques heures après, le malade ressent de vives douleurs dans le membre inférieur droit, et spécialement sur le trajet des vaisseaux fémoraux. On constate une déformation notable de la cuisse, qui présente, à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur, une sorte de tuméfaction annulaire, très marquée en dedans, en avant et en arrière. Les pulsations de la pédieuse et de la tibiale postérieure ne sont pas perçues. Les téguments sont froids et ont une teinte cireuse. La sensibilité tactile et la motilité du membre paraissent complètement abolies. Le malade éprouve une douleur persistante, qui s'exaspère par la pression. Les muscles du mollet sont durs et comme contracturés. Température 37°8.

Le 17 janvier, l'impotence du membre est absolue. A partir du tiers supérieur de la cuisse, toute trace de circulation artérielle fait défaut, les pieds sont blancs et froids. En avant, les téguments présentent une teinte ecchymotique vineuse, s'étendant sur une hauteur de huit centimètres environ. Le cordon des vaisseaux fémoraux est douloureux à la pression et paraît induré.

Le 19 janvier, l'ecchymose s'est accentuée et descend jusqu'au mollet ; la jambe est flasque et froide, les douleurs spontanées ont presque disparu ; la pression les réveille. Température de 37 à 38°2. Amélioration des manifestations pulmonaires : pas de souffle au cœur.

Du 19 au 27 janvier, le pied et le bas de la jambe commencent à se dessécher, ils ont perdu toute sensibilité à la pression ; la gangrène ne fait plus de doute.

Du 27 janvier au 6 février, la gangrène évolue sans retentissement notable sur l'état général. Les parties molles sont

racornies, le pied n'a plus que la peau et les os, il est dur comme du bois. Les téguments ont pris une teinte brun-rougeâtre, avec des plaques vert-jaunâtre, ils sont parcheminés et rétractés. C'est vers l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de la cuisse que se dessine la délimitation des parties mortifiées et des parties saines. Vers le 4 février, un sillon de séparation se creuse et donne écoulement à de la sérosité; des bulles séro-sanguinolentes et des plaques érythémateuses se développent sur le pourtour.

Du 6 au 9 février, en dépit de l'enveloppement antiseptique, la suppuration s'établit. L'état général devient mauvais (langue sèche, diarrhée, commencement de décubitus).

Le 6 février, en examinant l'avant-bras droit, où existaient deux plaques de gangrène sèche cutanée, survenues à la suite d'injections de caféine, on constate la disparition complète des pulsations de la radiale et de la cubitale, ainsi que de l'humérale au pli du coude. Cette oblitération s'est faite sans douleur, ni troubles moteurs importants. Deux jours avant, on avait senti les battements.

L'amputation de la jambe est pratiquée, le 9 février, au niveau du tiers supérieur du fémur. Les parties molles étaient très peu vascularisées; l'artère fémorale était oblitérée par un caillot remontant fort haut et adhérent.

Les suites de l'opération ont d'abord été simples, mais, vers le troisième jour, les tissus ont commencé à se sphaceler au niveau des points de suture. L'état général a commencé à décliner. L'eschare du sacrum grandit: on entend un bruit de souffle à la base du cœur. Vers le 20 février, diarrhée, stomalite aphteuse, subdélire et fièvre hectique. A l'avant-bras droit, toujours abolition des pulsations, mais sans gangrène autre que les plaques déjà signalées.

Le 25 février, mort par accès d'asystolie.

Autopsie. — Pas de trace de cicatrisation du moignon; oblitération de l'artère fémorale par un caillot adhérent qui remonte jusqu'à l'épigastrique, la circonflexe et l'obturatrice; ses parois sont épaissies sur certains points, dépouillées de leur endothélium sur certains autres.

Au pli du coude, l'humérale était oblitérée par un caillot ancien, fibrineux, adhérent sur tout son pourtour, et mesurant

deux centimètres de longueur. Plaque d'endocardite ulcéro végétante, faisant une saillie entre la valvule mitrale et l'orifice aortique, avec thrombus intra-cardiaque très adhérent à cette végétation. Quelques plaques d'athérome dans la crosse de l'aorte.

OBSERVATION XV

L. STEVENSON (*The Lancet*, mars 1893).

GANGRÈNE DE LA MAIN ET DEL'AVANT-BRAS DU CÔTÉ DROIT. — MORT.

X., domestique, âgé de 57 ans, entre au service du Dr Lockie, le 25 janvier 1890.

Avant cette date, le malade avait ressenti, pendant quelques mois, des douleurs abdominales. Le 13 janvier, il avait été atteint d'influenza, épidémie régnant dans la ville. Il entre en convalescence, et, le 24, douleurs violentes dans l'abdomen, localisées à l'hypocondre, l'ombilic et l'épigastre. Le 25, le Dr Lockie constate un certain degré de sensibilité à la pression; pas d'augmentation de douleur par les efforts de toux, pas de vomissements. Selles régulières, le pouls, la rate et la température sont normaux.

Le 27, quelques vomissements.

Le 28, douleur dans la région lombaire droite, plus de vomissements, pouls 100.

Le 30, le malade est calme, mais la température s'élève à 39° et le pouls est rapide. Pas d'augmentation de la douleur dans la région lombaire.

Le 31, on remarque que les pulsations de l'artère radiale droite sont bien plus faibles qu'à gauche. On perçoit seulement quelques battements à droite, tandis qu'à gauche le pouls est régulier et marque 120. Le malade dit que, depuis deux jours, son bras droit est un peu engourdi. A minuit, le bras devient très douloureux, froid et paraît exsangue jusqu'au coude.

3 février. On ne perçoit plus aucune pulsation dans le membre supérieur droit; jusqu'au niveau de l'aisselle l'avant-bras et la main sont un peu ratatinés et la main est livide; la sensibilité est abolie dans toute la main.

L'état général devient plus mauvais, vomissements, pouls à 144, coma et mort.

A l'autopsie, on constate la gangrène d'une large portion d'intestin grêle (jéjunum et iléon) ; les artères mésentériques supérieures étaient gangrenées.

Dans l'artère humérale, on trouva un thrombus oblitérant complètement la lumière du vaisseau. Le cœur était flasque, l'aorte légèrement athéromateuse.

OBSERVATION XVI

L..., Stevenson ajoute au cas précédent, ce cas celui du Dr Henrici, médecin principal du 5^e corps de l'armée allemande, mort après amputation, pour gangrène des jambes, par thombose, suite d'influenza.

OBSERVATION XVII

(CATHOMAS (*Munch. med. Woch.*), juillet 1895)

BRONCHO-PNEUMONIE D'ORIGINE GRIPPALE AVEC GANGRÈNE DU BRAS DROIT. — MORT

M^{me}. V. de B..., canton d'Aargau, 64 ans, entre le 4 décembre 1893, dans le service du professeur Eichhorst, pour un eczéma rebelle du cuir chevelu avec des plaques disséminées sur l'abdomen et le dos. Pas d'antécédents morbides ; le cœur est un peu faible, mais régulier. Les urines contiennent des traces d'albumine et de sucre.

L'état général est bon, la température est normale. Comme il y avait une épidémie d'influenza, la malade en fut atteinte au commencement de janvier 1894. Un catarrhe pulmonaire, une toux violente, une expectoration séreuse firent faire un diagnostic non douteux d'influenza. Dans les crachats on trouva le bacille de l'influenza et des cultures furent faites sur l'agar-agar.

Le quatrième jour, la température était de 38° 2.

Le cinquième jour, 37° 8 le matin, 38° 7 le soir. Pouls 92.

A l'auscultation un peu de matité à gauche ; on entend des ronchus et des râles crépitants.

La toux augmente, en même temps que la malade se plaint de douleur dans la poitrine avec oppression violente. Température 35°6, pouls 120.

11 janvier. — La malade éprouve subitement, à 6 heures du matin, des douleurs intenses dans le bras droit. A l'examen, on constate que le bras et la main sont blancs comme de la cire, froids au toucher. Les deux phalanges extrêmes de chaque doigts sont bleues, le pouce est en forte adduction et ne peut que difficilement être mis en abduction. La flexion de l'avant-bras et des doigts, l'élévation du bras sont possibles. Le pouls n'est pas perceptible dans les artères radiale, humérale et axillaire droites. On le sent nettement à gauche.

Pas d'insensibilité à la piqure. Température 35°9; pouls 120.

12 janvier. — La malade est pâle et tombe dans le collapsus. La main droite est en pronation et rétraction, les doigts sont bleus noirâtres, froids et fléchis avec de violentes douleurs. L'avant-bras et le bras sont bleus et froids, la chaleur commence à la limite des deltoïdes et des pectoraux. Pas de pulsations dans l'humérale et l'axillaire. On sent les battements de la sous-clavière. Les mouvements des doigts et de la main sont impossibles, le bras peut s'élever jusqu'à l'horizontale. Les piqures sont légèrement perçues, le cœur est normal.

Aux poudrons, signe de broncho-pneumonie.

13 janvier. — Les doigts de la main droite sont noirs, au niveau de la phalange unguéale, l'avant-bras est enflé jusqu'au coude, le bras tout entier est froid. La sensibilité est complètement abolie sur le dos de la main et l'avant-bras, elle est encore intacte sur le bras. La malade est pâle et pousse des gémissements. Elle tousse de temps en temps, la langue est saburrale, le thorax est voûté. Dyspnée, respiration obscure en avant et au sommet gauche.

Des phénomènes péritonéaux se déclarent. Température 35°7; pouls 107.

15 janvier. — L'état général s'aggrave, un léger œdème envahit les membres inférieurs, les urines renferment beaucoup d'albumine. Température 36° à 37°, pouls 116, les doigts sont noirs et secs.

20 janvier. — A la limite du tiers inférieur de l'avant-bras, on commence le processus d'élimination. Dans les parties gangrénées et sur la face antérieure du bras, on trouve de grosses vésicules remplies de sang.

Le 21, mort avec phénomènes de collapsus.

Autopsie. — Les parties molles des doigts sont desséchées, l'épiderme se détache en lambeaux.

Les poumons sont un peu rétractés. Il y a de faibles adhérences à gauche, la cavité pleurale contient un liquide trouble jaunâtre.

Le cœur est gros ; dans l'oreillette et le ventricule, il y a du cruor et une couenne inflammatoire. Pas d'altération des valvules. Pas de thrombus.

La veine axillaire contient du sang liquide. Dans l'artère droite, on trouve un caillot solide, gris-rougeâtre formant un thrombus adhérent à une des parois et de ce thrombus en partent d'autres qui atteignent plusieurs branches collatérales.

Du niveau de la crosse de l'aorte, part un thrombus qui se continue dans l'artère axillaire, thrombus lâche d'abord, puis solidement adhérent, et qui rejoint les autres thrombus mentionnés plus haut.

Dans l'artère iliaque est un thrombus adhérent de la grosseur d'un haricot.

Cathomas conclut à une artério thrombose, ayant eu le même début et la même marche qu'une embolie.

OBSERVATION XVIII

Observation de M. Rendu *in Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux* 1892) Résumée.

THROMBOSE DE L'ARTÈRE ILIAQUE ET DE L'ARTÈRE RÉNALE AU COURS D'UNE PNEUMONIE INFECTIEUSE GRIPPALE.— GANGRÈNE MASSIVE DES DEUX MEMBRES INFÉRIEURS.

Marie C..., 37 ans, lingère, entre à l'hôpital le 24 novembre 1892. Pas d'antécédents, femme robuste. Depuis une quinzaine de jours, grippe caractérisée par frissons, courbature, douleurs musculaires,

Depuis huit jours, aggravation de la maladie; on diagnostique une broncho-pneumonie.

Le 28, les jambes sont le siège d'élançements atroces. Les mollets sont couverts de marbrures bleuâtres, ressemblant à des ecchymoses profondes. Le moindre contact est douloureux. Les pieds sont blancs et froids. Les battements de la poplitée et de la pédieuse sont nuls; ceux de la fémorale persistent.

Diagnostic : thrombose ou embolie des artères fémorales et peut-être des deux iliaques en raison de l'étendue et de la symétrie des accidents.

29 novembre. — Plaques ecchymotiques confluentes, se terminant par une ligne sinueuse, d'un rouge vif, à trois travers de doigts au-dessous du creux poplité.

Douleur spontanée à la pression, les orteils commencent à se dessécher, les cuisses sont douloureuses.

30 novembre. — La pneumonie est terminée, mais les téguments sont devenus noirs. Apparition de bulles séro-hémorrhagiques. Jusqu'au 5 décembre, la gangrène s'accroît, sans que l'état général soit trop mauvais. Les fémorales battent toujours.

Le 5 décembre, mort avec hyperthermie et diarrhée.

Autopsie. — Endocarde normal, caillot fibrineux dans le ventricule gauche.

L'oblitération des artères siège au-dessus de la bifurcation des deux iliaques primitives, elle est formée par un caillot dur, grisâtre, fibrineux, très solide, rattaché à la paroi artérielle par des adhérences lâches. Ce caillot se continue dans les iliaques externes.

Les fémorales sont remplies de caillots cruoriques récents. Pas de traces d'artérite.

L'artère rénale droite est également obstruée par un caillot fibrineux ancien; le rein est nécrobiosé.

OBSERVATION XIX

De M. VIGNARD, interne des hôpitaux (*Province Médicale*, mars 1897)

GANGRÈNE DU MEMBRE INFÉRIEUR DROIT PAR THROMBOSE ARTÉRIELLE ET VEINEUSE. — GUÉRISON APRÈS AMPUTATION

X..., âgé de 42 ans, docteur en médecine, fut atteint pendant l'hiver d'une attaque de grippe, accompagnée de douleurs rhumatoïdes assez vives, en particulier dans la jambe gauche.

Rien de particulier dans ses antécédents. Pas de cardiopathie, un peu d'alcoolisme et d'artério-sclérose.

Le 10 mars, il se rendait chez un client, lorsqu'il se sentit pris tout à coup de faiblesse dans la jambe droite, en même temps qu'il ressentait une douleur vers le milieu du mollet du même côté. Il lui fut impossible de continuer sa route, et on le ramena chez lui. Là, il put constater que toute la jambe était insensible et glacée, tandis que la cuisse était le siège d'une vive hyperesthésie.

Le lendemain apparaît, au-dessus de la rotule, une plaque violacée qui s'étendit, les jours suivants, en haut, jusqu'au milieu de la cuisse, et en bas, jusqu'à un peu au-dessous du genou.

Le malade fut amené à M. Jaboulay, le 12 mars. On lui fit un pansement antiseptique d'attente et le 16 mars, la momification s'accroissant et les plaques livides s'étendant, on décida l'amputation.

Au moment de l'opération, on put constater que les téguments de la cuisse avaient conservé leur chaleur normale, la fémorale battait très nettement au-dessous de l'arcade, mais, à deux travers de doigt plus bas, on perdait ses battements. Pas d'œdème de la jambe, sèche et froide.

Le malade délirait et souffrait vivement. Température 39°. L'amputation a été pratiquée à la moitié de la cuisse, sans que l'on n'exercât la compression digitale sur l'artère. précaution qui eût été bien inutile d'ailleurs, car, à la section, l'artère et la veine apparurent complètement oblitérées par un volumineux caillot. Heureusement, la circulation collatérale subsistait en partie, et l'on peut espérer qu'elle suffira à vivifier le moignon.

Sur le conseil de M. Jaboulay, M. Vignard a disséqué les artères et les veines principales du membre amputé.

La veine, l'artère fémorale et poplitée, le tronc tibio-péronier, les artères et veines péronières et tibiales postérieures sont occupées, ainsi que leurs branches de distribution, par un volumineux caillot qui les distend et leur donne l'apparence des vaisseaux injectés au suif. Il en est de même au niveau des vaisseaux tibiaux antérieurs, mais, ici, l'artère seule semble thrombosée.

Cet aspect cesse brusquement pour les artères et pour les veines, un peu au-dessous de la bifurcation du tronc tibio-péronier en ses deux branches.

Il est à noter que c'est à ce niveau que le malade a ressenti tout d'abord de la douleur.

Les renseignements ultérieurs que M. le professeur Jaboulay a eu l'obligeance de nous donner, nous ont appris que, non seulement, la cicatrisation ne s'était pas faite au niveau du lambeau, mais que la cuisse droite et le membre gauche avaient été atteints de sphacèle. Pas de pulsations sensibles dans les artères des membres, le caillot avait dû gagner en amont jusqu'à l'aorte. Quelques jours après le malade tomba dans le collapsus et mourut.

OBSERVATION XX

Communiqué par M. le docteur MARTIN, interne des hôpitaux.

(Inédite.)

GRIPPE; PÉRICARDITE DE LA BASE; ACCIDENTS DE PSEUDO-ANGINE DE POITRINE; PLEURÉSIE TEMPORAIRE; ARTÉRITE OBLITÉRANTE DE LA TIBIALE POSTÉRIEURE DROITE; ARTÉRITE DE L'HUMÉRALE GAUCHE SANS OBLITÉRATION COMPLÈTE; PHLÉBITE DU MEMBRE INFÉRIEUR GAUCHE.

M^{me} N..., 50 ans. Rien de particulier dans les antécédents-héréditaires. Excellente santé habituelle. Albuminurie au moment d'une grossesse, il y a dix-huit ans. Paralysie faciale gauche d'origine périphérique, il y a dix ans. La maladie qui a déterminé la gangrène a débuté brusquement, au mois de mars dernier, par des accès d'angine de poitrine. Cette angine de poi-

trine s'accompagnait d'une albuminurie assez marquée, et une fièvre légère atteignant le soir 38°5. L'examen du cœur révèle à la base un frottement péricardique très net.

Aux poumons, quelques râles, quelques sibilances, avec crachats plus ou moins verdâtres.

Rien de particulier du côté du foie pas plus que du côté des organes abdominaux. La malade est à l'âge de la ménopause.

Ces accès pseudo-angineux se répétèrent à différentes reprises avec des caractères d'une excessive gravité. Le diagnostic porté par M. le professeur Bouveret fut : « Infection probablement grippale avec localisation sur le péricarde au niveau de la base des gros vaisseaux, et, consécutivement, accès d'angine de poitrine symptomatiques.

Ces accès disparurent; la péricardite d'abord localisée se généralisa, l'inflammation passa du péricarde à la plèvre gauche, et on put alors constater à la base gauche, un peu de matité, un souffle pleurétique léger, l'abolition des vibrations thoraciques et tous les signes d'un épanchement. Ces symptômes de pleurésie disparurent, ainsi que ceux de la péricardite, en peu de jours. L'albuminurie était persistante, et il est à noter qu'au moment des manifestations que nous venons de signaler, les urines devenaient plus rares et plus albumineuses.

Après la disparition des symptômes pleurétiques, la malade accuse brusquement, un matin, une perte complète de la sensibilité dans tout le côté gauche du corps; on ne constate aucun trouble moteur, mais la sensibilité du côté gauche est nettement amoindrie, à la face, au bras et à la jambe, au point que la palpation et la piqure ne sont que très difficilement perçues.

Rien de particulier du côté des reflexes, il est difficile de savoir exactement s'il y a une paralysie faciale, la malade présentant encore les déformations particulières à cette affection, consécutives à la paralysie faciale *a frigore* que nous avons signalée.

Un mois et demi après le début de la maladie, alors que tout semblait rentrer dans l'ordre, et que la fièvre seule subsistait, apparurent, dans le membre inférieur droit, des douleurs vagues, puis, tout à-coup, la malade ressentit, suivant son expression, comme un « coup de marteau » sur le pied droit, et

sa jambe se refroidit. Il lui fut impossible de la remuer, et des douleurs d'une violence inouïe envahirent tout le membre.

Nous constatâmes un refroidissement considérable au toucher du pied et de la jambe jusqu'à environ un travers de doigt au-dessous du genou.

La sensibilité au tact et à la piqûre avait complètement disparu, les battements au niveau de la pédieuse n'étaient pas perçus pas plus qu'au niveau de la tibiale postérieure. Nous avons pu les percevoir au niveau de la poplitée, où ils étaient certainement très amoindris, ainsi qu'au niveau de la fémorale, dans le triangle de Scarpa,

Dix heures environ après l'accident, on pouvait voir, à la partie supérieure du membre une teinte blanchâtre absolument cadavérique, tandis que dans les parties déclives, les liquides organiques qui s'y portaient créaient une coloration violacée, semblable aux taches cadavériques. Le pied avait la situation du pied en contracture, les muscles étaient durs, comme rigides. Cet état subsista 48 heures environ.

On entoura le membre d'un pansement ouaté et de poudres inertes, les douleurs furent combattues par des injections de morphine.

Peu à peu, la déshydratation du membre commença, les orteils se desséchèrent; la peau, ratatinée, devint absolument sèche, la momification débuta par le bout du pied. Au niveau du genou, on put constater une bande violacée. C'est à ce niveau qu'apparut plus tard le sillon d'élimination.

Pendant plus de deux mois, le membre fut conservé dans cet état, la momification s'exagérant de plus en plus. Au bout de ce temps, apparurent dans la zone violacée dont nous avons parlé, des phlyctènes volumineuses qui crevèrent d'elles-mêmes, et au-dessous se forma très lentement un sillon d'élimination qui, à l'heure actuelle, n'est pas encore complet.

Quinze jours environ après l'apparition de cette artérite oblitérante, localisée au niveau de la tibiale postérieure droite, apparaissait, moins brusquement, mais avec un cortège symptomatique, bien moins accusé, une oblitération artérielle dans le membre supérieur gauche. La main gauche devint froide, pâle et anémique; il était impossible de sentir le pouls à la

radiale. Au niveau de l'humérale, on ne percevait pas les battements artériels. Cependant, la circulation ne fut jamais complètement interrompue. Il n'y eut aucun trouble moteur, aucun trouble de la sensibilité. Peu à peu les choses revinrent à l'état normal.

Dans les premiers jours de juin, la température monta peu à peu jusqu'à 39° ; une phlébite apparut dans le membre inférieur gauche et, pendant tout le temps de son installation, la température se maintint au-dessus de 38°.

Actuellement, cette phlébite est en voie de régression ; la température est revenue à la normale, et ne dépasse jamais 37°, 5. L'état général est bon, le cœur est bien régulier. Rien de particulier à signaler du côté des poumons, pas plus que du côté des organes abdominaux.

Il y a trois semaines, la malade fut prise brusquement d'une dyspnée considérable. Elle ressentit, du côté gauche de la poitrine, un point de côté relativement violent et l'on put percevoir, à ce niveau, quelques râles qui disparurent assez rapidement. Cette crise dyspnéique, causée probablement par une embolie pulmonaire, n'a duré que quatre à six heures, et ne s'est pas accompagnée de crachats hémoptoïques.

OBSERVATION XXI.

THROMBOSE DE L'ARTÈRE HUMÉRALE CONSÉCUTIVE A L'INFLUENZA

M. Leyden présente à la Société de Médecine interne de Berlin, le 4 avril 1892, un malade qui fut pris de thrombose de l'artère humérale gauche dans le cours de l'influenza. Le malade, du reste, guérit, sans gangrène.

OBSERVATION XXII.

GUTTMANN et LEYDEN, in *Die Influenza, Epidemie 1890-1892*, relatent les sept observations suivantes :

THROMBOSE DE L'ARTÈRE HUMÉRALE DROITE SUIVIE D'AMPUTATION A ARNSBERG.

OBSERVATION XXIII.

THROMBOSE DE L'ARTÈRE POPLITÉE A PADERBORN.

OBSERVATION XXIV.

THROMBOSE DE L'ARTÈRE POPLITÉE A BARTENSTEIN.

OBSERVATION XXV.

THROMBOSE DE L'ARTÈRE HUMÉRALE GAUCHE
A FRANCFORT-SUR-LE-MEIN.

OBSERVATION XXVI,

THROMBOSE DE L'ARTÈRE POPLITÉE (STOLP).

OBSERVATION XXVII.

THROMBOSE DE L'ARTÈRE FÉMORALE AVEC GANGRÈNE DE
L'EXTRÉMITÉ (SACHSEN).

OBSERVATION XXVIII.

THROMBOSE DES DEUX ARTÈRES POPLITÉES AVEC GANGRÈNE
SYMÉTRIQUE DES DEUX EXTRÉMITÉS (BISCHOFFSTEIN).

OBSERVATION XXIX.

GERHARDT SIGNALE UN CAS DE GANGRÈNE CONSÉCUTIVE A L'IN-
FLUENZA AVEC AMPUTATION ET GUÉRISON (*Berliner klinische
Wochenschrift*, 23 janvier 1890).

OBSERVATION XXX.

Senator et Gerhardt ont vu chacun un cas où les deux mem-
bres inférieurs étaient sans pouls, depuis l'arcade crurale, avec
taches suspectes sur les deux orteils. Cependant les choses
n'allèrent pas plus loin.

(*Berlin. klinische Woch.*, 1890).

CONCLUSIONS

1° Parmi les complications rares de la grippe, on peut observer des gangrènes, ordinairement sèches, siégeant dans les membres.

2° Ces gangrènes sont dues, soit à une oblitération artérielle causée par une artérite, soit à une embolie partie du cœur, et venant arrêter la circulation périphérique.

3° L'oblitération d'origine embolique a un début absolument brusque ; elle se voit surtout chez des malades présentant des troubles cardiaques anciens ou récents.

4° Dans les cas d'artérite oblitérante, le début est progressif ; le plus souvent, il s'agit de gripes à forme infectieuse, et de sujets ayant les vaisseaux malades.

5° La plupart du temps, l'oblitération est définitive et amène la gangrène du membre. Lorsqu'il s'agit d'artérites pariétales, les symptômes peuvent rétrocéder.

6^e Lorsque le sillon d'élimination est nettement indiqué, qu'il n'y a pas de phénomènes généraux trop graves, il est indiqué de pratiquer une amputation. Dans la majorité des cas, cette opération doit être tardive.

VU :

Le président de la thèse,
LÉPINE.

VU :

Le doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le recteur, président du Conseil
de l'Université,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ALTHAUS. — *The Lancet* (juin 1894).
- ANNEQUIN. — *Dauphiné Médical* (avril 1895).
- BARIÉ. — Contribution à l'étude de l'artérite aiguë consécutive à la fièvre typhoïde (*Revue de Médecine*, 1884).
- BÉRARD. — Dictionnaire en 30 volumes (art. *Artères*).
- BRAULT. — Les artérites, leur rôle en pathologie (Paris, 1896).
- CATHOMAS. — *Munchener med. Woch.* (2 juillet 1895).
- CHARPENTIER. — Thèse de Paris, 1894.
- COLLET et CHATIN. — *Gazette hebdomadaire*, 1894.
- COEUR D'ORLÉANS. — *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1895.
- CORNIL et MARIE. — Congrès de Nancy, 1896.
- CROCQ fils, de Bruxelles. — Contribution à l'étude expérimentale des artérites infectieuses (Thèse de Paris 1892).
- DE CAZE. — Gangrènes consécutives à la grippe (Thèse de Paris, 1896).
- DOMINGUEZ. — Las artéritis (*Revue des Sc. méd. Habana*, 1895).
- DRASCHE. — *Berliner klinische woch.*, n° 14, page 315.
- DUCHESNAU. — *Gazette médicale des Hôpitaux*, 1891.
- EICHHORST. — *Correspondenz. Blatt. schweizer Aerzte* (mars, 1892).
- GAILLARD. — La grippe, 1898.
- GANGOLPHE et COURMONT. — Congrès de Paris (avril 1892).
- GILLERT et LION. — Artérites infectieuses expérimentales (*Bull. Soc. Biologie*, 1889).
- GOODHART. — *The Practitioner* (août 1895).
- GOULD. — London chirurgical Society (mars 1894).
- GUTTMANN et LEYDEN. — Die Influenza-epidemie (Berlin, 1890).
- JEANNEL. — Pathogénie et traitement des gangrènes (6^e Congrès français de Chirurgie, 1892).

- JOHANSEN. — *Petersburg. med. Woch* (n° 49, 1890).
- JONES. — Gangrènes des maladies infectieuses. Thèse de Paris, 1898.
- KAMMERER. — *Deutsche med. Woch.*, n° 12.
- KLEBS. — *Deutsche med. Woch.*, n° 14, page 278.
- LAURENTI. — *Riforma med.*, 10 février 1894.
- LASKER. — Thèse de Fribourg, 1896.
- LEHMANN. — Thèse de Paris, 1889.
- LETULLE. — Anatomie pathologique (art. *Artérites aiguës*).
- LITTEN. — Soc. med. int. Berlin, 1894.
- LOISELET. — Grippe infectieuse. Thèse de Paris, 1898.
- LOISON. — *Lyon Médical*, 1890.
- LYOT. — Traité de Chirurgie (art. *Gangrènes*).
- MAYET. — Pathogénie des coagulations sanguines (Congrès de Nancy, 1896).
- MORNET. — De la gangrène des extrémités dans la grippe. Thèse de Lyon, 1892.
- OULMONT-BARBIER. — *Médecine moderne*, 1891.
- PERNICE. — Ricerche intorno alla etiologia del l'arterite. Palermo, 1890.
- PETRINA. — *Prager med. Woch.*, n° 13, p. 159.
- PONCET. — *Gazette hebdom. de Médecine et Chirurgie*, juin 1890.
- POURSAIN. — Les artérites infectieuses. Essai de nosographie. Thèse de Paris, 1894.
- ROGER et GOUJET. — Traité de Médecine (art. *Artérites*).
- RENDU. — Société méd. des hôpitaux, 1892.
- SENATOR et GERHARDT. — Soc. méd. de la Charité (*in Berliner klin. Woch.*, n° 9).
- SEVEREANU. — XI^e Congrès int. des Sc. méd., Rome, 1894 (*in Progrès Médical*, 1894).
- SIREDEY. — *Bulletin de la Soc. méd. des Hôpitaux*, 1894.
- SPILLMANN et ETIENNE. — Soc. méd. de Nancy, mai 1897.
- STEVENSON. — *The Lancet*, juin 1893.
- SYDENHAM DE DULVERTON. — *British med. Journal*, 1890.
- THÉRÈSE. — Etude anat., pathol. et expérimentale des artérites infectieuses. Thèse de Paris, 1893.
- VAQUEZ. — Congrès de Nancy, 1896.

